



SAVONIA

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön mielipiteitä AVEKKI1-koulutuksesta saadusta tiedosta ja osaamisesta

Mirja Sürmeli

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Mirja Sürmeli	
Työn nimi Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön mielipiteitä AVEKKI1-koulutuksesta saadusta tiedosta ja osaamisesta	
Päiväys 21.5.2013	Sivumäärä/Liitteet 46/2
Ohjaaja(t) Helena Pennanen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Savonia amk, AVEKKI-osaamiskeskus/Seija Taattola	
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sosiaali- ja terveysalan henkilöstön mielipiteitä AVEKKI1-koulutuksesta. Tutkimuksella selvitettiin, millaista tietoa ja osaamista sosiaalialan ja terveysalalla somaattisen ja psykiatrisen sektorin työntekijät olivat AVEKKI1-koulutuksesta saaneet ja millainen koulutus heidän mielestään oli.</p> <p>Väkivalta ja väkivallan uhka ovat työelämässä kasvava ongelma. Erityisesti sosiaali- ja terveysalan ammateissa työpaikkaväkivallan riski on suuri. Työpaikalla koettu väkivalta ja väkivallan uhka vaikuttavat työssä viihtymiseen ja työmotivaatioon alentavasti. Koulutus on avainasemassa uhkaavan ja väkivaltaisen käytöksen ennakoinnissa ja väkivallan ennaltaehkäisyssä sekä hallitsemisessa. AVEKKI1-koulutus on tarkoitettu eri organisaatioiden peruskoulutukseksi väkivallan ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Tällä hetkellä AVEKKI-koulutuksen on käynyt arviolta 18 000 henkilöä.</p> <p>Tutkimusta varten saatiin valmis aineisto, joka oli kerätty AVEKKI1-koulutuksen yhteydessä koulutukseen osallistuneilta henkilöiltä vuosina 2006–2012. Kysely oli tehty kvantitatiivisena kyselytutkimuksena puolistrukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Tutkimusaineisto (n 353) analysoitiin tilastollisesti ja esitetään numeraalisesti taulukkomuodossa ja kuvioin. Keskeisinä johtopäätöksinä tutkimus osoitti, että koulutukseen osallistuneet olivat oppineet erilaisia menetelmiä väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn, aktiiviseen väliintuloon ja fyysiseen rajoittamiseen. Koulutus lisäsi turvallisuudentunnetta, ja koulutuksessa opittuja asioita voitiin soveltaa työssä. Koulutusta pidettiin hyvin toteutettuna ja se koettiin tarpeelliseksi. Teoriaa koulutuksessa oli kyselyyn vastanneiden mielestä riittävästi, mutta käytännön harjoittelua olisi saanut olla enemmän.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina suositellaan tutkittavaksi, miten koulutus on vaikuttanut terveydenhuollossa esiintyvän väkivallan määrään ja laatuun. Toisena suositellaan tutkittavaksi AVEKKI1-koulutuksen ja sisällön ja toteutuksen vastaamista eri alojen tarpeisiin.</p>	
Avainsanat AVEKKI, ennaltaehkäisy, koulutus, väkivalta	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Mirja Sürmeli			
Title of Thesis Perceptions of health and social care professionals on knowledge and skills acquired in AVEKKI1 training			
Date	21.5.2013	Pages/Appendices	46/2
Supervisor(s) Lecturer Helena Pennanen			
Client Organisation/Partners Savonia University of Applied Sciences, Health Professions Kuopio, AVEKKI-education			
<p>Abstract</p> <p>The objective of this thesis was to map out perceptions of health and social care professionals on AVEKKI1 training course. The study analyses what kind of knowledge and skills social care professionals and professionals working in the somatic and psychiatric fields of health care acquired in AVEKKI1 training courses and what were their perceptions of the training.</p> <p>Violence and the threat of it are increasingly present in today's work environment. The risk of encountering work-related violence is significant in health and social care. Confronting violence or the threat of violence at work decreases job satisfaction and work motivation. Training is a key factor for the recognition, prevention and control of threatening and violent behaviour. AVEKKI1 is a training course aimed at professionals of various organisations for the prevention and control of violence. By now approximately 18,000 people have participated in AVEKKI training.</p> <p>The research data for this study was collected from participants of AVEKKI1 training courses between the years 2006 and 2012. The study was carried out as a quantitative survey and a semi-structured questionnaire was used. The research data (n 353) was analysed by a statistical method and is presented in numerical form and graphs. The results of this study indicate that participants of AVEKKI1 training course learned new methods for the recognition and prevention of violent threat and behaviour. They gained skills for active intervention and physical restriction when encountering violent situations. Training increased the perception of safety and methods learned during training were considered applicable in work environment. The participants considered the training necessary and they were satisfied as to its contents. The theoretical part of the training was considered sufficient but the amount of practical training was considered partly insufficient.</p> <p>A recommended subject for further studies is how AVEKKI1 training course has affected the amount and type of violence present in health care. Another recommended study subject is to evaluate how the contents and the execution of AVEKKI1 training correspond to the needs of different fields.</p>			
<p>Keywords AVEKKI, prevention, training, violence</p>			



SISÄLTÖ

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	8
2	VÄKIVALTA JA SEN ILMENEMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA.....	11
2.1	Aggression määritelmä	11
2.2	Väkivallan määritelmä.....	12
2.2.1	Työpaikkaväkivallan määritelmä ja esiintyvyys Suomessa	13
2.2.2	Väkivallan ilmeneminen terveydenhuollossa	14
2.3	Väkivallan vaikutukset	15
2.3.1	Työntekijän näkökulma	15
2.3.2	Työyhteisön ja työnantajan näkökulmat.....	17
3	VÄKIVALLAN HALLINTA JA EHKÄISY TERVEYDENHUOLLOSSA.....	18
3.1	Työturvallisuus.....	18
3.2	Potilasturvallisuus.....	19
3.3	AVEKKI-projekti	22
3.3.1	AVEKKI-toimintatapamalli	22
3.3.2	AVEKKI-koulutus ja koulutusten toteutus	23
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
5	TUTKIMUSMENETELMÄ, TUTKIMUSAINEISTO JA AINEISTON ANALYSOINTI	26
5.1	Tutkimusmenetelmä.....	26
5.2	Kohderyhmä ja aineiston hankinta	26
5.3	Aineiston käsittely ja analysointi	28
6	TUTKIMUSTULOKSET	30
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	30
6.2	Ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn oppiminen.....	31
6.3	Aktiivisen väliintulon oppiminen.....	32
6.4	Fyysisen rajoittamisen menetelmien oppiminen	33
6.5	Koulutuksen hyödyllisyys ja sovellettavuus	35
7	POHDINTA.....	37
7.1	Tulosten tarkastelua	37
7.1.1	AVEKKI1-koulutuksesta opitut taidot	37
7.1.2	Arvioita AVEKKI1-koulutuksesta	38
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	40
7.3	Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kehittyminen	41
	LÄHTEET	43

LIITTEET

Liite 1 Kyselylomake 1

Liite 2 Kyselylomake 2

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Tilastoitujen pahoinpitelyrikosten määrä on lisääntynyt tasaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana, ja lisääntyvä väkivalta on merkittävä turvallisuusriski nykypäivän työelämässä. Uhritutkimusten mukaan noin kuusi prosenttia aikuisista joutuu vuosittain fyysisen väkivallan kohteeksi ja kaksi prosenttia vammaan johtavan väkivallan uhriksi. Vammaan johtaneiden väkivaltatapausten määrä nousi vuosien 1997 ja 2003 välillä. Kasvu johtui siitä, että terveyden- ja sairaanhoidon ammateissa toimivat naiset kokevat aiempaa enemmän väkivaltaa. (Kivivuori, Lehti & Sirén, 2006.) Jonkinlaista työpaikkaväkivaltaa oli vuonna 2007 kokenut vähintään kerran noin 100 000 eli 4 prosenttia kaikista työllisistä (Piispa & Hulkko 2009).

Väkivaltaa esiintyy monilla eri sektoreilla, mutta erityisesti sukupuolen mukaan eriytyneissä sosiaali- ja terveysalan sekä vartiointityön ammateissa on suuri työpaikkaväkivallan riski (Rasimus 2002, 44–47). Tilastokeskuksen vuonna 2007 teettämän tutkimuksen mukaan menneen vuoden aikana työpaikkaväkivaltaa oli kokenut 6 % kaikista työssäkäyvistä naisista ja 3 % kaikista työssäkäyvistä miehistä. Ero on pysynyt samana vuodesta 1999. Sukupuolten välinen ero selittyy sillä, että naisvaltaisella, työpaikkaväkivallalle alttiilla sosiaali- ja terveysalalla työskentelee huomattavasti enemmän henkilöitä kuin miesvaltaisella, riskialttiilla vartiointi- ja suojelualalla. (Piispa & Hulkko 2009.)

Terveydenhuollossa työpaikalla koettu väkivalta voi olla psyykkistä tai fyysistä: sanallista häirintää, uhkailua tai fyysistä väkivaltaa (Tiihonen 2005, 11). Söderholm, Piispa ja Heiskanen (1999) sekä Menckel ja Viitasara (2002) toteavat Tiihosen (2005, 10) mukaan, että työpaikkaväkivaltaan terveydenhuollossa voivat syllistyä potilas itse, esimies tai työtoveri, mutta myös potilaan vieras tai omainen. Potilaitten käyttämä sanallinen häirintä on usein nimittelyä, arvostelua ja sanallista uhkailua. Työpaikalla koettu fyysinen väkivalta voi olla lyöntejä, potkuja, liikkumisen estämistä, tönimistä ja tyrkkimistä, teräaseella tai muulla sellaisella, uhkailua tai päällekkarkaus (Markkanen 2000, 15). Tyypillistä työpaikkaväkivallalle on, että se tapahtuu tilanteissa, kun työntekijä yrittää saada aikaan muutoksen toisen henkilön toiminnassa (Rasimus 2002, 47).

Työpaikkaväkivalta on vakava työsuojelu- ja työterveysongelma. Vaikka työpaikkaväkivallan fyysiset vaikutukset olisivat lieviä, sillä on merkittävä vaikutus yksittäisen

työntekijän henkiseen jaksamiseen ja hyvinvointiin. Työpaikalla koettu väkivalta ja väkivallan uhka vaikuttavat työssä viihtymiseen ja työmotivaatioon alentavasti. (Rasimus 2002, 37.) Fyysisten seuraamusten, kuten ruhjeiden, haavojen ja mustelmien lisäksi väkivallan kohteeksi joutunut voi kokea erilaisia psyykkisiä oireita. Näitä voivat olla esimerkiksi ahdistus, pelko ja unettomuus. (Pitkänen 2003, 53; Rasimus 2002, 122–123.) Väkivallan kohteeksi joutuminen voi herättää suuttumusta ja vihan tunteita, mikä voi jatkossa vaikuttaa henkilön kykyyn kohdata aggressiivisiä ihmisiä työssään. Tällä puolestaan on negatiivinen vaikutus työn laatuun. (Pitkänen 2003, 53; Weizmann-Henelius 1997, 136–137.)

Suomessa työturvallisuuslaki (2002/738) velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijän turvallisuudesta, ja ryhtymään tarpeen mukaisiin toimiin häirinnän ja muun epäasiallisen kohtelun poistamiseksi. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) on ollut nollatoleranssi väkivallan suhteen jo vuodesta 2007 lähtien. Sen mukaan minkäänlainen väkivalta, ei sanallinen häirintä eikä fyysinen väkivalta ole sallittua. Väkivallanhallintataitojen harjoittelua pidetään tärkeänä. Koulutus on avainasemassa uhkaavan ja väkivaltaisen käytöksen ennakoinnissa ja väkivallan ennaltaehkäisyssä ja hallitsemisessa. (Pitkänen, Haatainen, Pietarinen-Lyytinen & Hoffren 2009, 31; Tiuhonen 2005, 63; Rasimus 2002, 133, 157.)

AVEKKI-projekti oli Savonia-ammattikorkeakoulun hallinnoima hanke, jonka tuotoksena kehitettiin AVEKKI-toimintatapamalli sekä AVEKKI1- ja AVEKKI2-koulukset (Savonia-amk). AVEKKI-koulutusten ja -toimintatapamallin tavoitteena on työturvallisuuden paraneminen väkivallan hallinnan avulla, potilaan saaman palvelun laadun paraneminen sekä työssä jaksamisen ja työskentelymotivaation ylläpitäminen ja edistäminen (Pitkänen ym. 2009, 6,7). AVEKKI1-koulutuksen käyneitä eri alojen työntekijöitä on pyydetty täyttämään koulutuksen jälkeen kyselylomake, jossa on kysytty heidän mielipiteitään koulutuksesta. Näin kertyneen aineiston avulla on tarkoitus kehittää koulutusta.

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena kartoittaa AVEKKI1-koulutukseen osallistuneiden mielipiteitä koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta. Työn tilaajana oli AVEKKI-osaamiskeskus. AVEKKI-osaamiskeskus perustettiin AVEKKI-projektin jälkeen vuonna 2007. Se on Savonia-ammattikorkeakoulun terveysalan Kuopion yksikön ylläpitämä keskus, jonka tehtävänä on AVEKKI-toimintatapamallin koulutus, kehitys ja tutkimus. Keskuksessa mukana ovat Niuvanniemen sairaala, Kuopion yliopistollinen sairaala ja Fi-turvallisuuskoulutus. (Taattola 26.4.2013.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa AVEKKI1-koulutuksen käyneen sosiaali- ja terveysalan henkilöstön mielipiteitä koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta. Tavoitteena oli selvittää, millaista osaamista AVEKKI1-koulutukseen osallistuneet ovat koulutuksesta mielestään saaneet ja millainen AVEKKI1-koulutus heidän mielestään oli. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää AVEKKI1-koulutuksen sisällön ja toteutuksen kehittämiseen. Tulevana terveydenhuollon ammattilaisena olen itsekin käynyt opiskeluaikana AVEKKI1-koulutuksen. Ammatillinen suuntautumiseni on mielenterveys- ja päihdetyö. Terveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdetyön sektoreilla väkivallan ja väkivallan uhkan esiintyminen on verrattain yleistä, ja tulevan ammattini puolesta pidän tärkeänä väkivallan ehkäisy- ja hallintataitojen oppimista ja niissä harjaantumista. Tavoitteenani on myös oppia tekemään tilastollista tutkimusta, järjestelemään ja jäsentelemään aineistoa sekä analysoimaan saamiani tuloksia. Näiden ohella tavoitteenani on tuoreennuttaa oppini ja tietämykseni AVEKKI-koulutuksesta ja AVEKKI-toimintatapamallista.

2 VÄKIVALTA JA SEN ILMENEMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Aggression määritelmä

Väkivalta liittyy usein aggression tunteisiin (Rasimus 2002, 35). Aggressiivisuus on käyttäytymistä, jolla pyritään ihmisen tai ympäristön fyysiseen tai psyykkiseen vahingoittamiseen, mutta myös toista ihmistä loukkaavat ja uhkaavat sanat ja epäsuora vihamielisyys ovat aggressiivista käyttäytymistä. Aggressio ei aina esiinny suorana käyttäytymisenä vaan siihen sisältyy vihamielisiä ajatuksia ja tunteita sekä erilaisia fysiologisia muutoksia elimistössä (Rasimus 2002, 38–39, Weizmann-Henelius 1997, 11).

Aggressio selitetään vietiksi ja tunteeksi, jolla yksilö reagoi turhaumiin ja ristiriitatilanteisiin ja jonka kokeminen ei ole opittua, vaan osa biologista perimäämme (Rasimus 2002, 38, Weizmann-Henelius 1997, 11). Aggressio on tunnetila, joka on ihmisen normaali reaktio ristiriitatilanteessa ja osa ihmisen perimää: vihan ja suuttumuksen herätessä elimistössä tapahtuvat fysiologiset muutokset parantavat henkilön toimintavalmiutta. Näitä autonomisen hermoston säätelemiä fysiologisia muutoksia ovat muun muassa noradrenaliinin erittymisen kiihtyminen ja verenpaineen ja sydämen syketaajuuden nouseminen (Rasimus 2002, 39). Syyt aggression viriämiseen saattavat olla epäselviä jopa henkilölle itselleen, ja taustalla on aina henkilön sen hetkinen kokemus ja hänen elämäntilanteensa (Hakkarainen, Heikkinen, Hietanen, Jokiniemi, Lommi & Taattola 2006, 11).

Kyky kokea aggressiota on osa ihmisen biologista perimää, ja myös temperamenttien voidaan olettaa periytyvän, joten taipumus voimakkaisiin tunnereaktioihin selittyy osin perimällä. Aggression tunne itsessään ei vielä johda aggressiiviseen käyttäytymiseen, vaan lisäksi vaikuttavat myös biologiset ja psykologiset tekijät, ympäristö- ja tilannetekijät sekä kaikki nämä yhdessä. Biologisina tekijöinä muun muassa kromosomipoikkeavuus ja hormonitasapainon vaihtelut voivat osaltaan olla vaikuttamassa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Jotkut aivoperäiset vauriot ja elimelliset syyt sekä vanhemmiten aivojen toiminnalliset muutokset ovat väkivaltaiseen reagointiin altistavia tekijöitä. (Hakkarainen ym. 2006, 11–12; Weizmann-Henelius 1997, 16–17). Riskialttiita henkilöitä aggressiiviseen käyttäytymiseen ovat henkilöt, joiden ongelmanratkaisukyky on puutteellinen. Väkivaltaisesti käyttäytyvän ihmisen persoonallisuus on puutteellisesti kehittynyt, psyykkinen kehitys häiriintynyt ja kyky hallita omaa

käyttäytymistään on jäänyt vajavaiseksi. (Rasimus 2002, 35; Weizmann-Henelius 1997, 12, 18.)

Ympäristö- ja tilannetekijät voivat laukaista temperamentiltaan ja biologisesti alttiin henkilön reagoimaan aggressiivisesti. Näitä ympäristötekijöitä voivat olla kovat ja ärsyttävät äänet, ahtaus ja kiire. Hoitotyöhön liittyvissä tutkimuksissa on todettu, että väkivaltaista käyttäytymistä voivat laukaista potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavien tilanteet, kuten vastentahtoisien hoitotoimenpiteiden suorittaminen (Tiihonen 2005, 76; Pitkänen 2003, 51) ja ammattitaidottoman hoitajan provosoiva käyttäytyminen (Taattola 2007, 9). Aggressiiviseen käyttäytymiseen johtavia tilannetekijöitä voivat olla stressi ja turhautuminen. Päihteiden käytön on todettu lisäävän väkivaltaista käyttäytymistä. (Markkanen 2000, 26; Weizmann-Henelius, 1997, 18–19.)

2.2 Väkivallan määritelmä

Väkivallalle ei ole olemassa yhtä selkeää, yhtenäistä määritelmää. Kirjallisuudessa on kahdenlaista määritelmää, joista suppea väkivallan määritelmä käsittää ainoastaan fyysisen väkivallan, kun taas laaja väkivallan määritelmä käsittää fyysisen väkivallan lisäksi myös henkisen väkivallan. Fyysistä väkivaltaa on kaikki vahingoittamistarkoituksessa tehdyt teot, mitkä loukkaavat yksilön ruumiillista koskemattomuutta. Pitkäsen (2003, 51, 52) tutkimuksen tulosten mukaan hoitajien työpaikalla kokema fyysinen väkivalta ilmeni muun muassa lyömisenä, raapimisena, hiuksista repimisellä, puremisena, päälle karkauksena ja kuristamisena. Näiden lisäksi Pitkäsen (2003, 4) mukaan Saarela ja Isotalus (2000) mainitsevat väkivalta- ja uhkatilanteiksi tavaroiden heittelemisen, paikkojen rikkomisen, kiinni käymisen, liikkumisen estämisen, pahoinpitelyn, aseella uhkaamisen ja aseellisen päällekkarkauksen. Huhtalo, Kuhanen & Pyykkö (2003) toteavat Tiihosen (2005, 10) mukaan, että henkistä väkivaltaa on sanallinen häirintä, uhkailu, halventaminen, nimittely, mitätöinti, syyttely ja pelottelu, ja sitä voi tapahtua sanoin, teoin, ilmein ja elein. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt väkivallan tarkoitukselliseksi fyysiseksi toiminnaksi itseään tai muita henkilöitä kohtaan pyrkimyksenä aiheuttaa fyysinen tai psyykinen vamma tai jopa hengen menetys (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2005).

2.2.1 Työpaikkaväkivallan määritelmä ja esiintyvyys Suomessa

Euroopan komission määritelmän mukaan ”työpaikkaväkivallalla tarkoitetaan tapahtumia, joissa henkilöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa, ja jotka suoraan tai epäsuorasti vaarantavat heidän turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä.” Työpaikkaväkivallan seuraukset saattavat olla kauaskantoiset; ne voivat olla lyhyt- ja pitkäkestoisia, fyysisiä ja emotionaalisia, ja voivat vaikuttaa työssä jaksamiseen, työviihtyvyyteen, työtyytyväisyyteen ja työmotivaatioon negatiivisesti (Tiihonen 2005, 18, 20–21, Rasimus 2002, 37). McKenna (2004) on Tiihosen (2005, 11) mukaan määrittänyt työpaikkaväkivallan eri muodot. Sanallinen häirintä on karkeaa tai hyökkäävää kielenkäyttöä, henkilökohtaista halventavaa huomauttelua ja hävyttömiä tai säädyttömiä kommentteja. Uhkailua on, kun sanallisesti uhataan henkilökunnan henkeä, terveyttä tai omaisuutta. Fyysistä väkivaltaa on läimäyttäminen, nipistäminen, työntäminen, töniminen, sylkeminen, potkiminen, aseiden käyttö.

Työpaikkaväkivalta on lisääntynyt Suomessa 1980-luvulta lähtien. Työvoimatutkimuksen mukaan työllisistä 4 % oli kokenut jonkinlaista työväkivaltaa vähintään kerran vuonna 2007. Ylivoimaisesti eniten, jopa kolmannes työväkivaltaa kokeneista kuuluu terveyden- ja sairaanhoitotyön ammateissa toimiviin henkilöihin. (Piispa & Hulkko 2009.) Erityisesti psykiatrisilla osastoilla henkilökuntaan kohdistuva väkivalta on lisääntynyt. Väkivalta on eräs tämän hetken merkittävimmistä työtehtävissä kohdatuista turvallisuusriskeistä (Rasimus 2002, 60). Kunta-alan vuoden 2011 työolobarometrin kyselyn mukaan vuonna 2011 suoranaista väkivaltaa tai sen uhkaa työpaikallaan asiakkaiden taholta havaittiin 37,8 % kunta-alan työpaikoilla. Yksityisellä palvelusektorilla väkivaltaa tai sen uhkaa asiakkaiden taholta oli havainnut 11,5 %, teollisuudessa 1,4 % ja valtion työpaikoilla 21,6 % vuonna 2011. Erityinen piirre väkivallan tai sen uhan esiintymisessä työpaikalla on, että mikäli tällaista on ylipäätään esiintynyt työpaikalla, niin sitä on esiintynyt myös useita kertoja. Omakohtaisia väkivallan tai sen uhan kohteeksi joutumiskokemuksia on kunta-alalla työskentelevistä 16,8 % vastaajista. Useita kertoja vuoden 2011 aikana tällaiseen tilanteeseen joutuneita oli 9,5 % vastaajista. Tilanne on pysynyt samana vuosina 2009, 2010 ja 2011. Myös nämä osuudet ovat selvästi korkeampia kunta-alalla kuin muilla sektoreilla. Sosiaalitoimessa sekä sivistystoimessa väkivallan ja sen uhan on havaittu olevan kasvussa ja osuudet alkavat lähentyä terveystoimen lukuja. (Kunta-alan työolobarometri 2011.) Vakuutuslaitoksille ilmoitetaan noin 500 työväkivaltatapausta vuosittain. Vuonna 2003 tehdyn haastattelututkimuksen mukaan kuitenkin jopa 140 000 henkilöä eli 5,3 %

työvoimasta joutui työpaikkaväkivallan tai sillä uhkailun kohteeksi. Kaksi kolmannesta väkivaltatapauksista on uhkailua. (Rikoksentorjuntaneuvosto 2012.)

2.2.2 Väkivallan ilmeneminen terveydenhuollossa

Hoitotyössä työntekijä voi kokea työpaikkaväkivaltaa potilaan, työtoverin, esimiehen, omaisten tai vierailijan taholta (Tiihonen 2005, 10). Kunnan eri toimialoilla asiakkaan taholta havaittu väkivalta työpaikalla on lisääntynyt kaikilla muilla toimialoilla paitsi terveystoimessa, jossa se on vähentynyt vuoden 2009 tasolle. Terveystoimessa väkivalta tai sen uhka on kuitenkin edelleen kaikkein yleisintä. (Kunta-alan työolobarometri 2011.) Työssä koettu henkinen väkivalta voi olla sanallista häirintää tai uhkailua. Pitkäsen, Haataisen, Pietarinen-Lyytisen ja Hoffrenin vuosina 2003 ja 2008 Kysin henkilöstölle teettämän kyselyn mukaan työpaikkaväkivallan määrä KYSissä on lisääntynyt. Eniten väkivaltaa esiintyi psykiatrian tulosalueella, vaikkakin sen määrä vuodesta 2003 vuoteen 2008 oli laskenut. Kaiken kaikkiaan väkivaltatapaukset lisääntyivät 18 % vuodesta 2003 vuoteen 2008. (Pitkänen ym. 2009, 27–31.)

Asiakkaiden taholta itse koettu väkivalta tai sen uhka on edelleen yleisintä terveystoimen henkilöstöllä, vaikka vuonna 2011 osuus oli vähentynyt vuoden takaisesta tilanteesta (Kunta-alan työolobarometri 2011). KYSissä tehdyn kyselytutkimuksen tulosten mukaan fyysistä väkivaltaa aiheuttivat pääasiassa potilaat lievästi pahoinpitelämällä. Konservatiivisella tulosalueella väkivalta yleisimmin kohdistui alle 45-vuotiaisiin, hoitohenkilöstöön kuuluviin miehiin ja psykiatrian tulosalueella sijaisina toimiviin alle 45-vuotiaisiin miehiin. Eniten lisääntyi potilaan aiheuttama fyysinen väkivalta. Epäasiallista kohtelua esiintyi vuonna 2008 34 % enemmän kuin vuonna 2003, ja sitä esiintyi 2,5-kertaa yleisemmin kuin fyysistä väkivaltaa. Vuonna 2003 vastaava kerroin oli kaksi. Vuoden 2008 aikana 59 % vastaajista koki joutuneensa epäasiallisen kohtelun kohteeksi. Epäasiallinen kohtelu kohdistui operatiivisella tulosalueella erityisesti naistyöntekijöihin ja konservatiivisella tulosalueella alle 45-vuotiaisiin. Eniten lisääntyi työtoverin aiheuttama epäasiallinen kohtelu. Yleensä potilaat haukkuivat tai nimittelivät sekä uhkailivat ja vihjailivat, työtoverit puolestaan pilkkasivat ja naureskelivat, ja esimiehet mitätöivät työn tuloksia. (Pitkänen ym., 2009, 27–31.)

Kiire, henkilökuntaresurssien niukkuus, vakinaisen henkilökunnan riittämättömyys ja väsymys ovat merkittäviä väkivallan riskitekijöitä terveydenhuollon alalla (Rasimus 2002, 45.) Riskitekijöitä ovat näiden lisäksi puutteelliset turvajärjestelyt ja väkivallan uhan tunnistamiseen ja väkivallan kohtaamiseen valmistavan koulutuksen puuttuminen (Rasimus 2002, 161–162; Markkanen 2000, 24). Väkivaltatilanteiden tai epäasiallisen kohtelun taustalla voivat olla potilaan aggressiivisesta käyttäytymisestä tai sairaudesta johtuvat syyt, päihteiden käyttö ja mielenterveyden ongelmat sekä somaattisen sairauden oirekuvaan liittyvät käytöshäiriöt (Pitkänen ym. 2009, 29; Taatto-la, 2007, 10).

2.3 Väkivallan vaikutukset

Väkivallalla on monenlaisia haittoja niin yksilö- kuin yhteiskunnallisellakin tasolla. Väki-valta on ongelma, jonka seuraukset voivat olla joka välittömiä tai välillisiä, eriasteisista fyysisistä vammoista aina kuolemantapauksiin. Tutkimusten mukaan perhe- ja seksuaalisen väkivallan uhreilla sekä lapsena laiminlyödyillä ja pahoinpidellyillä on elämänsä aikana huomattavasti enemmän terveysongelmia kuin niillä, jotka eivät ole tällaista väkivaltaa kokeneet. Väkivallasta johtuvan inhimillisen kärsimyksen määrää ei voida vähätellä. Yksilötasoisien ongelmien lisäksi väki-valta aiheuttaa globaalisti merkittävän rasituksen terveydenhuoltojärjestelmälle ja sen kustannukset näkyvät terveydenhuollon ja oikeuslaitoksen menoina, töistä poissaoloina ja tuottavuuden laskuna. (Krug ym. 2005.) Tässä yhteydessä tarkastelen väkivallan vaikutuksia työntekijän, työyhteisön ja työnantajan näkökulmista.

2.3.1 Työntekijän näkökulma

Väki-valta, ja väkivallan uhka ovat merkittäviä työmotivaatioon ja työssä jaksamiseen vaikuttavia asioita (Pitkänen 2003, 35). Hoitohenkilöstön potilaitten taholta kokema väki-valta, niin fyysinen kuin psyykinen, vaikuttaa monella eri tavalla. Brady 1999 on Pitkäsen (2003, 9) mukaan todennut välittömien väkivallasta seuraavien oireiden voivan olla fyysistä kipua tai vapinaa, itkuisuutta, pelokkuutta, sekavuutta, hämmennystä ja shokki. Pitkäsen tutkimuksen mukaan hoitajat olivat väkivaltatilanteen jälkeen kokeneet pelkoa, kiukkua, suuttumusta, aggressiota, lamaannusta, hämmennystä, epätoivoa, tärinää ja sydämen lyöntitiheyden nopeutumista (Pitkänen 2003, 53). Niin ikään fyysisiä seurauksia voivat olla eritasoiset ruumiilliset vammat mustelmista murtumiin. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa ”Väki-valtaa kokeneiden auttaminen. Opas ammattihenkilöstölle” on Pitkäsen (2003, 10) mukaan todettu väkivaltatilanteen

kokemisen voivan aiheuttaa uhrille masentuneisuutta, toivottomuutta, vihaisuutta, pelkoa ja univaikeuksia, ja myöhemmin uhrille voi kehittyä post-traumaattinen stressi-reaktio, jonka oireita ovat esimerkiksi ahdistuneisuus, syyllisyyden tunteet ja unihäiriöt. Post-traumaattiset stressioireet voivat ilmetä vasta viikkojen kuluttua tapahtuneesta, ja ne voivat jatkua vielä pitkäänkin tapahtuman jälkeen. Söderholmin lähisuhdeväkivaltaa käsittelevän tutkimuksen mukaan post-traumaattisen stressihäiriön pitkäaikaisseurauksia voivat olla muun muassa huimaus, pahoinvointi, hikoilu, vapina, yliherkkyys äänille ynnä muille, syömishäiriöt, lääke- ja päihdeongelmat, väsymys, uupuneisuus, haluttomuus, masennus, ahdistus, kiukku, viha, ärtyneisyys, univaikeudet, painajaiset, syyllisyydentunteet, pelkotilat, pakkoajatukset, muistivaikeudet, keskittymisvaikeudet, turhautuminen, vieraantuminen todellisuudesta, sosiaalinen eristyminen, ja taipumus nähdä vaarattomat tilat uhkana. (Söderholm 2006, 3444).

Väkivallan uhriksi joutuminen voi johtaa psykologiseen traumaan. Usein väkivallan tekoja vähätellään, ja saatetaan jättää kokonaan raportoimatta. (Pitkänen 2003, 52, 54, 56.) Erityisesti terveydenhoitoalalla työskentelevän ammatti-identiteetti voi järkyttyä väkivallan uhriksi jouduttuaan, ja hän saattaa kokea itsensä huonoksi työntekijäksi. Väkivallan kohteeksi joutuminen saattaa myös aiheuttaa syyllisyydentunteita ja häpeää, jos työntekijä kokee itse aiheuttaneensa pahoinpitelyn. (Pitkänen 2003, 33; Weizmann-Henelius 1997, 136.)

Jatkuva väkivallan uhka työssä lisää työntekijän stressiä. Valmius kohdata väkivaltaisista ihmisiä saattaa heiketä, ja työntekijän suhtautuminen potilaisiin voi muuttua välinpitämättömäksi tai vihaiseksi, jolloin myös työn laatu kärsii. Jos työntekijä ei saa tarvittavaa tukea esimieheltään ja työtovereiltaan, saattaa hän alkaa reagoimaan psyykkisin ja somaattisin oirein. (Pitkänen 2003, 53–55; Weizmann-Henelius 1997, 136–137.) Työpaikkaväkivalta lisää myös työstä poissaolojen määrää. Työssä väkivallan kohteeksi joutuminen tai sen uhka heikentää merkittävästi työntekijän työssä jaksamista sekä työtyytyväisyyttä ja työmotivaatiota. Väkivaltatilanteen kokenut työntekijä voi kokea työnsä raskaaksi, voi tarvita sairauslomaa tai voi joutua vaihtamaan työpaikkaa, työalaa tai jopa jäämään työstä pois kokonaan (Tiihonen 2005, 20–21). Tiihosen (2005, 73) Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa laitoksessa tehdyn tutkimuksen tulosten mukaan 8 % vastaajista oli ollut poissa töistä työpaikkaväkivallan takia, ja pisin poissaoloaika oli yksi työpäivä. Muissa tutkimuksissa Tiihonen (2005, 21) toteaa poissaoloja töistä työpaikkaväkivallasta johtuen olleen 3–13 %:lla työntekijöistä ja poissaoloaikojen vaihdelleen keskimäärin yhdestä päivästä viikkoon. Väkivallan aiheuttamia tuntemuksia ei voi silti väheksyä, sillä Tiihosen (2005, 73) mukaan Hirohiton,

Eisenin, Sedererin, Yamadan & Tachimorin 2001 ja McKennan, Poolen, Smithin, Co-verdalen & Galen 2003 tutkimustulosten perusteella työssä lisääntyvä väkivaltariski vaikuttaa työntekijän haluun vaihtaa ammattia.

2.3.2 Työyhteisön ja työnantajan näkökulmat

Väkivalta ja sen uhka aiheuttivat stressiä, varuillaanoloa ja pelkoa sekä työmotivaation laskua. Potilaiden aggressiivinen käyttäytyminen ja työyksikön väkivaltatilanteet vaikuttavat myös työyhteisöön, sen toimintaan ja potilaiden hoidon linjauksiin. Väkivaltaisten tilanteitten ollessa toistuvia voi suhtautuminen väkivaltaan muuttua sallivammaksi ja vähätteleväksi (Pitkänen 2003, 53–54). Työpaikalla tapahtuva väkivalta on siis työviihtyvyyttä heikentävä tekijä, mutta samalla myös työsuojelullinen asia (Tiihonen 2005, 20).

Esimiehellä on Pitkäsen (2003, 54–55) tutkimuksen mukaan tärkeä rooli väkivallan uhriksi joutuneen työntekijän asiallisen tuen järjestämisessä. Uhrin väkivallasta aiheutuneiden fyysisten vammojen hoito on yksi hoidollinen jälkitoimenpide, toinen on tapahtuneen tilanteen selvittely erilaisissa keskustelutilanteissa heti tapahtuneen jälkeen työyhteisössä, virallisemmissa debriefing-istunnoissa tai työnohjauksessa. Väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyyn kuuluu myös väkivaltatilanteiden asiallinen dokumentointi ja niistä informointi, sekä esimiesten toiminta väkivaltatilanteen jälkeen. Esimiesten tehtäväksi nähdään väkivallan uhrin ohjaaminen väkivaltaisen tilanteen jälkeen. Esimiesten odotetaan huolehtivan, että uhri saa tarvittavan fyysisten vammojen hoidon sekä psyykkisen tuen. Esimiehiltä odotetaan myös väkivallan jälkikäsittelyn järjestämistä. (Pitkänen 2003, 40.) Myös Rasimuksen (2002, 153) tutkimuksen tuloksena korostui lähijohtajan merkitys haastavan tilanteen läpikäynnissä, ja esimiehen tukevaa ja kannustavaa suhtautumista pidettiin tärkeänä.

3 VÄKIVALLAN HALLINTA JA EHKÄISY TERVEYDENHUOLLOSSA

3.1 Työturvallisuus

Työturvallisuuslaissa säädetään työnantajan ja työntekijän velvollisuuksista työturvallisuuden toteuttamisessa. Lain mukaan työnantaja on tarpeellisilla toimenpiteillä velvollinen huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan velvollisuuksia ovat muun muassa työn, työympäristön ja työyhteisön tarkkailu, työn suunnittelu, työntekijöiden perehdyttäminen ja opastus, sekä turvallisen työn, työympäristön ja työolosuhteiden luominen. Jokaisen työnantajan on laadittava työsuojelun toimintaohjelma ja tunnistettava työntekijän turvallisuudelle ja terveydelle aiheuttavat haitta- ja vaaratekijät työssä ja työpaikalla. Työntekijän velvollisuuksia työturvallisuuslain mukaan ovat muun muassa työnantajan ohjeiden ja määräysten noudattaminen, oman ja muiden työntekijöiden turvallisuudesta huolehtiminen työssä, vioista ja puutteellisuuksista ilmoittaminen ja muihin työntekijöihin kohdistuvasta epäasiallisesta kohtelusta pidättäytyminen. (L 2002/738.)

Suomen perustuslaki (L 1999/731) määrittää, että jokaisella on oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Työterveyshuoltolaki velvoittaa työnantajan selvittämään ja arvioimaan työn ja työolosuhteiden terveellisyyden ja turvallisuuden työpaikan altisteiden, työn kuormittavuuden, työjärjestelyjen sekä tapaturma- ja väkivaltavaaran kannalta, sekä huomioimaan nämä tekijät työtä, työmenetelmiä ja työtiloja suunniteltaessa sekä työolosuhteiden muutostilanteissa. Lisäksi työnantajan velvollisuuksiin kuuluu toimenpide-ehdotusten tekeminen työn terveellisyyden ja turvallisuuden parantamiseksi (L 2001/1383). Työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta työssä ottaen huomioon työhön, työolosuhteisiin, työympäristöön ja työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät seikat. Työnantajan on myös suunniteltava ja tehtävä tarvittavat toimenpiteet työolosuhteiden parantamiseksi (L 2002/738).

Väkivallan ennaltaehkäisyyn vaikuttavat terveydenhuollossa hoitajien ammatilliset valmiudet, kuten heidän asennoitumisensa, käyttäytymisensä ja kyky ennakoida mahdolliset väkivaltatilanteet. Työympäristön suunnittelun kannalta väkivallan ennaltaehkäisyssä oleellista on muiden muassa tilaratkaisut, esineiden ja huonekalujen sijoittelu ja erilaiset tekniset apuvälineet. Henkilöstön oikeanlainen mitoitus ja työnjaoista sopiminen, henkilökunnan riittävä koulutus, väkivaltatilanteiden jälkikäsittelyn

järjestäminen sekä väkivaltatilanteiden ohjeistaminen ovat hallinnollisia toimenpiteitä, joilla voidaan vaikuttaa väkivallan ennaltaehkäisyyn. (Pitkänen 2003, 43–45).

Rasimuksen (2002) tutkimuksen mukaan yli 90 % koko maan yliopisto- ja keskussairaaloiden sekä neljän aluesairaalan päivystyspoliklinikan henkilökunnasta halusi saada tietoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta, uhkaavasti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisesta, vaarallisuuden arvioinnista ja ennalta ehkäisevästä toiminnasta. Vastaajista 83 % piti myös itsepuolustuskoulutusta tärkeänä. Yksikön turvallisuusasioihin liittyen henkilökunta odotti eniten koulutusta turvallisuusasioissa ja turvatoimien järjestämisestä. (Rasimus 2002, 133, 139.) Hoitoalalla toimivan henkilöstön koulutuksessa pitäisi myös olla pysyvästi väkivallan hallintaan liittyvää opetusta (Rasimus 2002, 154). Lehestön, Koivusen & Jaakkolan (2004, 123) mukaan eri tutkimuksissa on noussut esille työntekijöiden riittävän ja asianmukaisen koulutuksen uhkaavien tilanteiden varalle lisäävän turvallisuudentunnetta, valmiutta aggressiivisen potilaan kohtaamiseen, ja parempaa valmiutta väkivaltaisista tilanteista selviämiseen. Pitkäsen (2003, 56) tutkimuksessa tuli esille, että koulutus, väkivaltatilanteiden ennakointi ja hallitseminen ovat tärkeä osa väkivallan ennaltaehkäisyä. Turpeisen, Kontion, Välimäen, Nikkosen & Suomisen (2008) mukaan Gilbody, Cahill, Barkham, Richards, Bee & Glanville (2006) ja Killick & Allen (2005) toteavat kouluttautumisen parantavan työntekijän hyvinvointia, ja vähentävän työuupumusta, koska koulutuksesta saadun tiedon avulla sairaanhoitajat voivat kehittää omaa työtään ja vaikuttavat näin myös itse työtyytyväisyyteensä. Kouluttautuminen lisää myös hoitajien varmuutta hoitotyössä, ja parantaa hoitajien kykyä tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä. KYSissä teetetyn kyselyn tulosten mukaan fyysisen väkivallan esiintyminen oli vuodesta 2003 vuoteen 2008 vähentynyt, mitä selittää, että vuoden 2003 jälkeen psykiatrian henkilöstöä on erityisesti koulutettu väkivallan ehkäisyyn ja torjuntaan (Pitkänen ym. 2009, 27).

3.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on yksi osa hoidon laatua. Potilasturvallisuuden tavoitteena on, että hoito ja hoitoympäristö eivät aiheuta potilaalle hoitoon kuulumatonta vaaraa tai haittaa. Laadukas ja turvallinen hoito tarkoittavat sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annettuna. Potilasturvallisuuden tavoitteena on, että hoito ja hoitolaitoksessa olemisen eivät aiheuta potilaalle hoitoon kuulumatonta vaaraa tai haittaa, vaan riskit ennakoidaan ja ehkäistään. Potilasturvallisuuteen kuuluvat muiden muassa hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuus, lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus ja niiden käytön turval-

lisuus. Terveysthuollon laitosten pitää aktiivisesti ennakoida ja etsiä potilasturvallisuusriskejä ja kehittää keinoja välttää haittojen syntyminen. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on huolehtia, että hoidossa käytetään vaikuttavia ja tutkittuja hoitomenetelmiä ja turvallisia lääkkeitä. Potilasturvallisuus on osa sairaaloiden ja terveyskeskusten toimintaa organisaationa niin, että ylin johto, keskijohto ja lähiesimiehet seuraavat potilasturvallisuutta säännöllisesti, arvioivat sen tasoa ja puuttuvat esiin tulleisiin ongelmiin ja virheisiin välittömästi, mutta avoimesti ja rakentavasti. (Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos, 2012.) AVEKKI-toimintatapamallin eettisiä periaatteita ovat ennaltaehkäisy, kivuttomuus, ammatillisuus ja minimaalisesti rajoittavan ympäristön ja hoidon periaatteet (Hakkarainen ym. 2006, 22). Nämä liittyvät myös potilasturvallisuuden ja hyvään hoidon laatuun.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon, ja hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen (L 1992/785). Mielenterveyslain mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. Toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen. Itsemääräämisoikeuden rajoitusta valittaessa ja mitoitettaessa on erityistä huomiota kiinnitettävä potilaan sairaalassa olon perusteeseen. Jos potilas käyttäytymisensä perusteella todennäköisesti vahingoittaisi tai uhkaisi muita, hoitohenkilökuntaan kuuluva saa käyttää potilaan kiinnipitämiseen tämän eristämiseksi välttämättömiä voimakeinoja. Asiasta on välittömästi ilmoitettava potilasta hoitavalle lääkärille. Potilaan voi eristää vasten tahtoaan myös, jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, tai jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä. Potilaan eristämisestä tai sitomisesta päättää aina hoitava lääkäri tekemänsä tutkimuksen perusteella, mutta kiireellisissä tilanteissa voi hoitohenkilökuntaan kuuluva myös eristää tai sitoa väliaikaisesti, minkä jälkeen on välittömästi ilmoitettava lääkärille (L 1990/1116).

Päihdehuoltolain (L 1986/41) perusteella tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä henkilö, jonka hoidon ja huollon järjestämisessä vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä, jos henkilölle ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa on päihteiden käytöstä aiheutumassa välitön

hengenvaara tai hän on saamassa vakavan, kiireellistä hoitoa vaativan terveydellisen vaurion. Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä myös jos henkilö päih-teiden käytön vuoksi väkivaltaisella tavalla vakavasti vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön terveyttä, turvallisuutta tai henkistä kehitystä. Terveyskeskuksen vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri voi toisen lääkärin antaman lääkärinlausunnon nojalla määrätä henkilön tahdostaan riippumatta hoitoon terveys-vaaran perusteella enintään viideksi vuorokaudeksi. Hallinto-oikeus voi sosiaalilauta-kunnan esityksestä päättää henkilön hoitoon määräämisestä tahdostaan riippumatta enintään 30 vuorokaudeksi.

.

3.3 AVEKKI-projekti

AVEKKI-projekti oli ESR-rahoitteinen, Savonia-ammattikorkeakoulun terveysalan Kuopion yksikön hallinnoima hanke. Hankkeeseen osallistuivat Savonia-ammattikorkeakoulun terveysalan yksikkö Kuopiosta, Savon ammatti- ja aikuisopiston sosiaali- ja terveysalan ja turvallisuusalan yksiköt Kuopiosta, Kuopion yliopistollinen sairaala, Niuvanniemen sairaala, Varkauden sairaala, Iisalmen sairaala, Kuopion yliopisto ja Pelastusopisto. Samat organisaatiot muodostivat myös hankkeen kohde-ryhmän. Projekti toteutettiin Kuopiossa marraskuun 2004 ja lokakuun 2007 välillä. (Savonia-amk 2012.)

AVEKKI-projektin tavoitteena oli kartoittaa kansainvälisesti ja valtakunnallisesti hajallaan oleva väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan liittyvä tietotaito ja luoda yksi yhtenäinen toimintatapa- ja koulutusmalli parhaiksi koetuista käytännöistä sekä tulevaisuudessa levittää tämä toimintatapa eri organisaatioiden käyttöön valtakunnallisesti ja kansainvälisesti yhteistyötä tehden. AVEKKI-projektissa tuotettiin AVEKKI-toimintatapamalli sekä suunniteltiin AVEKKI1- ja AVEKKI2-koulutusten sisällöt, materiaalit sekä opetus. Jo projektin aikana järjestettiin sekä AVEKKI1- että AVEKKI2-koulutuksia. (Savonia-amk 2012.)

3.3.1 AVEKKI-toimintatapamalli

AVEKKI-projektissa tuotettu toimintatapamalli on kehitetty aggressiivisen potilaan tai asiakkaan kohtaamiseen hoito-organisaatioiden työtilanteissa. Toimintatapamalli antaa uusia keinoja ja toimintamuotoja aggression ja väkivallan kohtaamiseen ja hallintaan, jota työterveyslaki edellyttää. (Hakkarainen ym. 2006, 7–8.) AVEKKI-nimi tulee kuudesta keskeisesti aiheeseen liittyvästä sanasta, jotka ovat Aggressio, Väkipalva, Ennaltaehkäisy/hallinta, Kehittäminen, Koulutus ja Integraatio (Hakkarainen ym. 2006, 7). AVEKKI-toimintatapamalli koostuu neljästä osa-alueesta, joita ovat ennaltaehkäisy, väkipalvaisten asiakkaan kohtaamistapa, tilanteen jälkeinen asiakkaan sekä työntekijän hoito ja taustalla olevat tekijät kuten lainsäädäntö, aggression syyt ja niin edelleen. (Savonia-amk 2012). AVEKKI-ajatukseseen sisältyy yhdessä tekemisen ja yhteisöllisyyden teemat, jotka myös ovat väkivallan ehkäisyyn liittyvän koulutuksen lähtökohtia (Hakkarainen ym. 2006, 7).

Toimintatapamalli on kehitetty kriittisiin tilanteisiin, joissa aggressiivisen käyttäytymisen uhka on selkeästi havaittavissa tai on jo käynnistynyt. Toimintatapamallin periaatteita ja keskeistä arvoperustaa ilmentävät seuraavat määrittelyt:

1. Aggressiivisesti tai väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön ihmisarvoa kunnioitetaan hänen käyttäytymisestään huolimatta ja häntä pyritään kaikin tavoin tukemaan ja auttamaan oman aggressiivisuutensa tai väkivaltaisuutensa haltuunotossa.
2. Työntekijöiden omaan turvallisuuteen vaikuttavat seikat pidetään aina selkeinä mielessä ja kriittisiin, mahdollisesti väkivaltaisiin tilanteisiin varaudutaan jo etukäteen.
3. Väkivaltaista käyttäytymistä kohdattaessa kunnioitetaan aina potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja pyritään löytämään yksilöllinen, tilanteeseen parhaiten sopiva toimintamalli. Tilanteiden hallintaan pyritään varhaisen ennaltaehkäisyyn, minimaalisen rajoittamisen ja voimankäytön sekä kivuttomuuden periaatteiden pohjalta. (Hakkarainen ym. 2006, 7.)

Väkivaltaisen käyttäytymisen uhka tai jo todellinen väkivaltatilanne saadaan hallintaan AVEKKI-toimintaprosessin avulla. AVEKKI-toimintatapamalli ja sen toimintaprosessi sisältävät väkivaltaisen käyttäytymisen hallinnassa tarvittavan tiedon ja osaamisen. AVEKKI-toimintaprosessi alkaa väkivallan uhan tai väkivallan havaitsemisesta, minkä jälkeen oma tunnetila otetaan haltuun. Sitten arvioidaan tilanne ja yhteistyötarve ja valitaan toimintatapa. Kun toimintatapa on valittu, toteutetaan interventio ja tarvittavat jatkotoimenpiteet. Tilanteen jälkeen arvioidaan toimintaa ja opitaan siitä. (Hakkarainen ym. 2006, 30.)

3.3.2 AVEKKI-koulutus ja koulutusten toteutus

AVEKKI-koulutus on jaettu kahteen osaan. AVEKKI1-koulutus antaa käytännön valmiuksia väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn sekä potilaan/asiakkaan fyysiseen rajoittamiseen ja itsesuojeluun. AVEKKI2-koulutuksessa koulutetaan uusia AVEKKI-kouluttajia. Syyskuuhun 2007 mennessä AVEKKI1-koulutuksen oli käynyt noin 3000 henkilöä. AVEKKI1-koulutus käynnistyi KYSissä vuonna 2005, ja tavoit-

teena oli saada KYSiin omat kouluttajat ja alueellinen yhtenäinen toimintatapamalli väkivallan hallintaan. (Savonia-amk 2012.)

AVEKKI1-koulutus on tarkoitettu eri organisaatioiden peruskoulutukseksi väkivallan ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Sen keskeisiä toimintatapoja ovat yhteisöllisyys ja dialogisuus. (Savonia-amk 2012.) AVEKKI1-koulutus sisältää teoriaopetusta eri teemoista, kuten etiikasta ja lainsäädännöstä, yhteisöllisestä ajattelutavasta, väkivaltaisen käytöksen taustoista, oman vireystilan säätelystä, väkivaltatilanteiden ennakoinnista ja ennaltaehkäisystä, aktiivisesta väliintulosta, fyysisestä rajoittamisesta ja jatko-toimenpiteistä väkivaltaisen tilanteen jälkeen (Hakkarainen ym. 2007). AVEKKI1-koulutukseen liittyy käytännön harjoituksia, joissa opitaan keinoja itsen suojeluun, muun muassa erilaisia irtautumistapoja, ja hallittuun hoidolliseen fyysiseen rajoittamiseen (Savonia-amk 2012). Vuodesta 2006 lähtien AVEKKI1-koulutus on sisällytetty kaikkiin Savonia-ammattikorkeakoulun terveystieteiden opintosuunnitelmiin (Pennanen 16.11.2012). Lisäksi AVEKKI on levinnyt laajasti eri puolille Suomea, ja myös muille kuin terveydenhuollon aloille (Pitkänen ym. 2009, 7). Savonia ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden, Kareliah ammattikorkeakoulun terveystieteiden ja Varkaudessa, Lissalmissa ja Kuopiossa Savon ammatti- ja aikuisopiston lähihoitajakoulutus ovat sisällyttäneet AVEKKI-koulutuksen opetussuunnitelmiinsa. AVEKKI-koulutus kuuluu myös Oulun seudun ammatti- ja aikuisopiston sosiaali- ja terveystieteiden opetussuunnitelmaan. (Taattola 27.11.2012.)

Tällä hetkellä AVEKKI-koulutuksen on käynyt arviolta 18 000 henkilöä. AVEKKI1-koulutuksia on 12 tunnin ja 24 tunnin laajuisina, sekä AVEKKI1-perusteet 8 tunnin laajuisena. Ylläpitokoulutuksia on eripituisia. Ylläpitokoulutukset on tarkoitettu AVEKKI1-koulutuksen käyneille aiemmin opittujen tietojen ja taitojen kertaamiseksi. Teoriaopiskelun ja käytännön harjoittelun määrä sekä koulutuksen sisältö ja toteutus räätälöidään kouluttajan harkinnan ja kohderyhmän mukaan. (Taattola 27.11.2012.)

AVEKKI2-koulutus on kouluttajakoulutus AVEKKI1-koulutukselle. Se sisältää samantyyppisiä teemoja kuin AVEKKI1-koulutus, mutta laajemmin ja syvällisemmin tarkasteltuna. Lisäksi AVEKKI2-koulutus sisältää oppimisen ja opettamisen teoriaa ja käytännön harjoittelua opettamiseen. AVEKKI2-koulutus on suunnattu eri organisaatioiden edustajille, jotka ovat jo aiemmin käyneet AVEKKI1-koulutuksen. (Savonia-amk 2012.) AVEKKI1-, AVEKKI2- ja AVEKKI-ylläpitokoulutusten lisäksi järjestetään vuosittaisia kertauskoulutuksia AVEKKI-kouluttajille (Taattola 30.11.2012).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa AVEKKI1-koulutuksen käyneen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mielipiteitä koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta. Tavoitteena oli selvittää, millaista AVEKKI1-koulutuksesta saatu osaaminen sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden mielestä oli ja millaisena he pitivät koulutuksen sisältöä ja toteutusta.

Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista AVEKKI1-koulutuksesta saatu osaaminen oli koulutukseen osallistuneen sosiaali- ja terveysalan henkilöstön mielestä?
2. Millaiseksi AVEKKI1-koulutukseen osallistunut sosiaali- ja terveysalan henkilöstö arvioi saamaansa koulutusta?

5 TUTKIMUSMENETELMÄ, TUTKIMUSAINEISTO JA AINEISTON ANALYSOINTI

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen. Kvantitatiiviseksi, eli määrälliseksi tutkimukseksi kutsutaan sellaista tutkimusta, jossa käytetään standardoituja tutkimuslomakkeita usein valmiine vaihtoehtoineen ja joissa otos on riittävän suuri ja edustava. Asioita kuvataan numeerisin suurein, ja usein selvitetään myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta saatujen vastausten pohjalta pyritään päättämään yleistyksiä laajempaan joukkoon tilastollisesti päättämällä. (Heikkilä 2010, 16.) Survey-tutkimus on suunnitelmallinen, kyselylomakkeella toteutettava kyselytutkimus, jota käytetään, kun tutkittavia on paljon. Sen etuja ovat tehokkuus ja taloudellisuus. (Heikkilä 2010, 19.)

5.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmänä on vuosina 2006–2012 AVEKKI1-koulutukseen osallistunut henkilöstö sosiaalialan sekä terveydenhuollon somaattisen ja psykiatrisen alan sektoreilla. AVEKKI-kouluttajat eri puolilla maata ovat koonneet aineiston koulutukseen osallistuneilta henkilöiltä käyttämällä mittarina puolistrukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Sain AVEKKI-osaamiskeskukselta valmiin aineiston, josta oli poistettu aiemmissa tutkimuksissa käytetyt lomakkeet. Saamassani aineistossa lomakkeita oli 801 kappaletta. Aineisto sisälsi myös muutamia vastauslomakkeita, joiden täyttäjät työskentelivät turvallisuus- ja koulutusosalalla, sekä lomakkeita, joissa vastaajat eivät olleet ilmoittaneet taustatiedoissaan työpaikkaansa tai vastaajat olivat opiskelijoita. Nämä vastauslomakkeet rajasin tutkimuksesta pois, sillä halusin tutkittavien taustatietojen vastaavan koulutettujen yleisimpiä perusjoukkoja, eli terveys- ja sosiaalialalla työskenteleviä. Turvallisuus- ja koulutusosalta tulleita vastauksia oli niin niukalti, ettei niiden perusteella olisi voinut tehdä luotettavaa analyysiä. Tutkimuksessa käytin täytetyistä kyselylomakkeista 353:a.

Tiedonhankinnassa oli käytetty neljää erilaista kyselylomaketta, joista otin mukaan tutkimukseen kaksi (liite 1, liite 2). Molemmat käyttämistäni kyselylomakkeista olivat kolmisivuisia. Ne erosivat hieman toisistaan, mutta tutkimuksessa käyttämäni kyselyiden osiot olivat samanlaisia. Lomakkeista tutkimukseen otetut osiot oli sovittu AVEKKI-osaamiskeskuksen edustajan kanssa. Molemmissa kyselylomakkeissa ky-

syttiin vastaajan taustatietoja (sukupuoli, ikä, työpaikka, ammatti, aiempi osallistuminen väkivaltakoulutukseen, työskentelyaika nykyisessä työpaikassa). Lisäksi niissä oli 10 Likert-tyyppistä väittämää, jotka koskivat AVEKKI1-koulutuksen sisältöä sekä sen antamia valmiuksia väkivallan hallintaan ja ennaltaehkäisyyn ja kahdeksan dikotomista eli kahden vastausvaihtoehdon väittämää koulutuksen rakenteesta ja toteutuksen toimivuudesta, vastausvaihtohehtoina kyllä/ei (Heikkilä 2010, 51). Ei-vaihtoehdon valinneiden piti perustella näkemyksiään avoimessa kysymyksessä. Heikkilän (2010, 53) mukaan Likert-asteikko on tavallinen mielipideväittämässä käytetty asteikko ja se on yleensä 4- tai 5-portainen. Tässä kyselytutkimuksessa käytettiin 4-portaista asteikkoa, ja vastausvaihtoehdot joka väittämän kohdalla ovat *hyvin, jonkin verran, huonosti* ja *ei lainkaan*, mutta tässä tutkimuksessa vaihdoin vastausvaihtoehdojen tilalle vaihtoehdot *täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä* ja *täysin eri mieltä*, sillä ne vastaavat adekvaatimmin esitettyihin väittämiin. Hyvää kyselylomakkeessa oli se, ettei vastausvaihtoehdoksi ollut annettu *en osaa sanoa*, sillä Heikkilän (2010, 53) mukaan se saattaa olla liian houkutteleva vaihtoehto, ja sen poisjättämisellä pakotetaan vastaaja ottamaan vastauksellaan kantaa suuntaan tai toiseen. Tutkimuslomake oli lyhyt, mikä on yksi hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkeistä (Heikkilä 2010, 48). Vastaajat jaksavat paremmin paneutua lyhyeen kyselyyn vastaamiseen, mikä puolestaan vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Kyselylomakkeissa oli myös avoimia kysymyksiä koskien koulutuksen kehittämistä ja kouluttajien taitoja, mutta nämä kysymykset sovimme AVEKKI-osaamiskeskuksen edustajan kanssa jätettäväksi tutkimukseni ulkopuolelle.

Kyselylomaketta ei liene alun perin tarkoitettu tutkimuksen tekemiseen, mikä selittäisi lomakkeen heikkouksia. Vastausohjeet olivat puutteelliset, joten useissa lomakkeissa annettuun väittämään on vastattu käyttäen kahta eri vastausvaihtoehtoa, vastaus merkitty vastausvaihtoehtojen välille tai jätetty kokonaan vastaamatta. Yhden kyselylomakkeen taustamuuttujissa kysytään vastaajan työpaikkaa määrittelemättä vastauksen sisältöä tarkemmin, joten useissa lomakkeissa oli annettu vastaukseksi pelkkä osaston numero, osastokoodi, työpaikan nimi tai työpaikan nimen lyhenne (esimerkiksi "KYS 3901" tai "Tammela"). Tämä hankaloitti tutkimuksen tekoa ja vaatii tutkijalta ylimääräistä perehtymistä ja tietoa kyselylomakkeiden ulkopuolelta voidakseen koodata vastaajien taustatiedot luotettavasti. Kyselylomakkeista ei kysytä vastauspäivämäärää minkä vuoksi on mahdoton vertailla, onko vastauksissa eroja riippuen koulutuksen ajankohdasta. Näin ollen ei voida tarkastella koulutuksen ja kouluttajien taitojen kehittymistä vuosien aikana ja arvokas sekä tutkimuksellisesti kiinnostava informaatio jää hyödyntämättä.

Vastaajien työkokemusta käsittelevässä kohdassa kysytään vain työskentelyn pituutta nykyisessä työpaikassa. Vastaukset eivät anna todellista kuvaa vastaajien työkokemuksen määrästä, ja tarkoituksenmukaisempaa olisi ollut kysyä esimerkiksi työkokemusta nykyisellä alalla. Osassa kyselylomakkeita asettelu ei ole selkeä: diktomisten väittämien viimeinen väittämä on eri sivulla kuin muut seitsemän, ja päätellen huomattavasta kahdeksannen väittämän tyhjien vastausten määrästä kahdeksas väittämä lienee jäänyt useilta vastaajilta huomaamatta. Tämä vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Diktomisissa väittämissä oli käytetty epäadekvaatteja määreitä, kuten ”sopivasti” ja ”hyvin”. Kyseiset määreet jättivät sekä vastaajalle että tutkijalle tulkinnanvaraa, ja useissa kohdissa vastauksista oli merkitty annettujen kahden vastausvaihtoehdon väliin.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Kuvaileva tutkimus vastaa kysymyksiin *mikä, kuka, millainen, missä, milloin*. Se dokumentoi ilmiöistä keskeisiä, kiinnostavia piirteitä, ja voi olla kvantitatiivinen, kvalitatiivinen, kenttätutkimus tai Survey-tutkimus. Kuvailevalle tutkimukselle tärkeää on tulosten luotettavuus, tarkkuus ja yleistettävyyden, minkä vuoksi se vaatii laajan aineiston. (Heikkilä 2010, 14; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 130.) Aineiston analysointi tapahtuu sellaisella analysointitavalla, joka parhaiten tuo vastauksen tutkimuskysymyksiin (Hirsijärvi ym. 2004, 212). Mahdollisia tietojen tarkistuksia varten numeroin käyttämäni tutkimuslomakkeet juoksevasti ennen syöttöä ja ensimmäiseksi muuttujaksi määrittelin lomakkeen numeron. Syötin tiedot SPSS-ohjelmaan ja koodasin (nimesin) vastausvaihtoehdot (muuttujat), laadin niille tarkemmat selitteet (Label) sekä annoin muuttujien arvoille selitteet (Values). (Heikkilä 2010, 123–126.) Jatkuvat muuttujat, jotka voivat saada mitä tahansa arvoja, luokitellaan analysointeja varten. Tutkimuksessa käyttämässäni kyselylomakkeessa vastaajien ikä ja työkokemus ovat jatkuvia muuttujia. Näiden muuttujien alkuperäiset arvot säilytin, ettei informaatiota tuhoutuisi, ja luokitelluista arvoista määrittelin uudet muuttujat.

Frekvenssijakauman perusteella määritin luokkarajat, joissa oli mielekästä käyttää tasavälistä luokitusta. Ensimmäiseen ja viimeiseen luokkaan otin pidemmät luokkavälit, ettei mukaan tulisi tyhjiä luokkia. Ensimmäisen luokan alarajat ja viimeisen luokan ylärajat jätin avoimiksi. Luokittelin uudet muuttujat ja annoin niille arvojen selitteet. (Heikkilä 2010, 133–134.) Tutkimusaineisto käsiteltiin ja analysoitiin IBM SPSS Statistics Version 19 -tilastointiohjelmalla. Tutkimustuloksia kuvailin frekvenssitaulukoi-

den, prosenttijakaumien sekä diagrammien avulla. Muuttujien välisiä yhteyksiä ja miten ne vaikuttavat toisiinsa tarkastelin ristiintaulukoimalla (Heikkilä 2010, 210). Joistain tuloksista laskin SPSS-ohjelmaa käyttäen Khiin neliö -testillä merkitsevyyksiä ja muuttujien välisiä eroja ja riippuvuuksia. Tilastollisessa vertailussa ero tai riippuvuus on erittäin merkitsevä, jos $p \leq 0,001$, merkitsevä, jos $0,001 < p \leq 0,01$, tilastollisesti melkein merkitsevä, jos $0,01 < p \leq 0,05$ ja tilastollisesti suuntaa antava, jos $0,05 < p \leq 0,1$ (Heikkilä 2010, 195).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

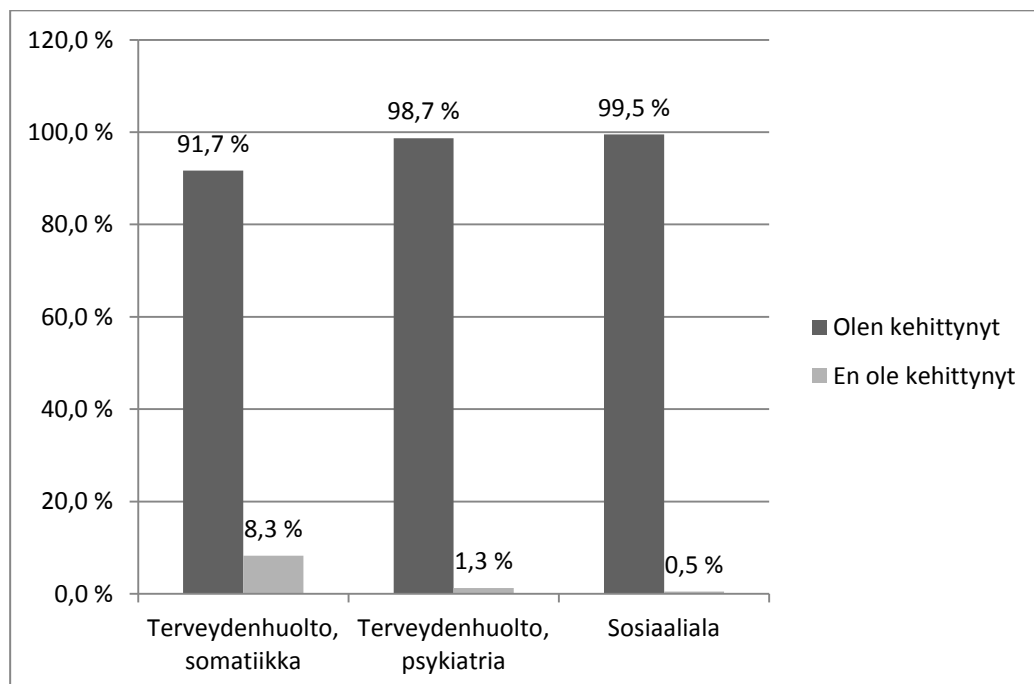
Vastaajista naisia oli noin kolme neljäsosaa ja miehiä noin yksi neljännes. Vastaajien ikä ikäluokittain oli jakautunut tasaisesti ja kukin ikäluokka ylittä luokkaa lukuun ottamatta oli edustettuna suunnilleen samansuuruisella osuudella. Kyselyyn vastanneista yli puolet toimi sosiaalipuolen sektorilla; terveydenhuollon somaattiselta puolelta ja psykiatriselta puolelta vastaajia oli suunnilleen yhtä paljon. Vastaajista yli puolet oli työskennellyt nykyisessä työpaikassaan alle viisi vuotta, loppujen vastaajien työurien pituudet vaihtelivat aina yli 20 vuoteen asti. (Taulukko 1.)

TAULUKKO1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (n=353)

Taustatiedot	(n)	%
Sukupuoli		
nainen	286	81,0
mies	66	18,7
ei mainittu	1	0,3
Ikä		
<30	82	23,2
30–39	88	24,9
40–49	97	27,5
50–59	75	21,2
60≤	7	2,0
ei mainittu	4	1,1
Työpaikka		
terveydenhuolto, somatiikka	72	20,4
terveydenhuolto, psykiatria	79	22,4
sosiaaliala	202	57,2
Työssäoloaika nykyisessä työpaikassa		
<5v	203	57,5
5–9,9v	62	17,6
10–14,9v	23	6,5
15–19,9v	19	5,4
20≤	38	10,8
tieto puuttuu	8	2,3

6.2 Ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn oppiminen

Ennakoinnin ja ennaltaehkäisyn oppimista mittasin kyselylomakkeen kohtien 1, 6, 7 ja 8 väittämällä, joissa kysyttiin potilaan kohtaamiseen lisävalmiuksien saamisesta, väkivaltatilanteiden ennakoinnissa kehitymisestä, oman käyttäytymisen ja vireystilan merkityksen oppimisesta väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa ja yhteisöllisyyden merkityksen oppimisesta. Kaikki vastaajat kokivat oppineensa ennakointia ja ennaltaehkäisyä eikä vastaajien välillä ollut merkittäviä eroja. Kaikista kyselyyn vastanneista kaksi kolmasosaa (70,4 %) koki saaneensa hyvin lisävalmiuksia kiihtyneesti tai väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaitten kohtaamiseen ja kolmasosa (29,1 %) jonkin verran. Väkivaltatilanteiden ennakoinnissa hyvin koki kehittyneensä vajaa puolet (40,7 %) vastanneista ja reilu puolet (57 %) jonkin verran. Terveystieteiden somatiikan alalla vastaajista 8,3 % kuitenkin koki, ettei juuri ollut kehittynyt väkivaltatilanteiden ennakoinnissa. Yhdistin vastaukset *olen kehittynyt hyvin* ja *olen kehittynyt jonkin verran* yhdeksi vastaukseksi ja vastaukset *en ole juuri kehittynyt* ja *en ole kehittynyt lainkaan* toiseksi vastaukseksi. Vertailin eri alojen tuloksia laskemalla SPSS-ohjelmalla korrelaatiokertoimen, ja ero on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,01^{**}$). (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Väkivaltatilanteiden ennakoinnissa kehittyminen (n=350)

Oman vireystilan ja käyttäytymisen merkityksestä väkivaltaisen potilaan käyttäytymiseen koki oppineensa ymmärtämään hyvin kaksi kolmasosaa (67 %) vastaajista ja kolmannes (31,8 %) jonkin verran. Merkittäviä eroja eri sektorien ja sukupuolten välillä ei ollut. Yhteisöllisyyden merkityksen väkivaltaisen potilaan hoitamisessa oppi vastaajista ymmärtämään mielestään hyvin kolme neljäsosaa (77 %) ja viidesosa (21 %) jonkin verran.

6.3 Aktiivisen väliintulon oppiminen

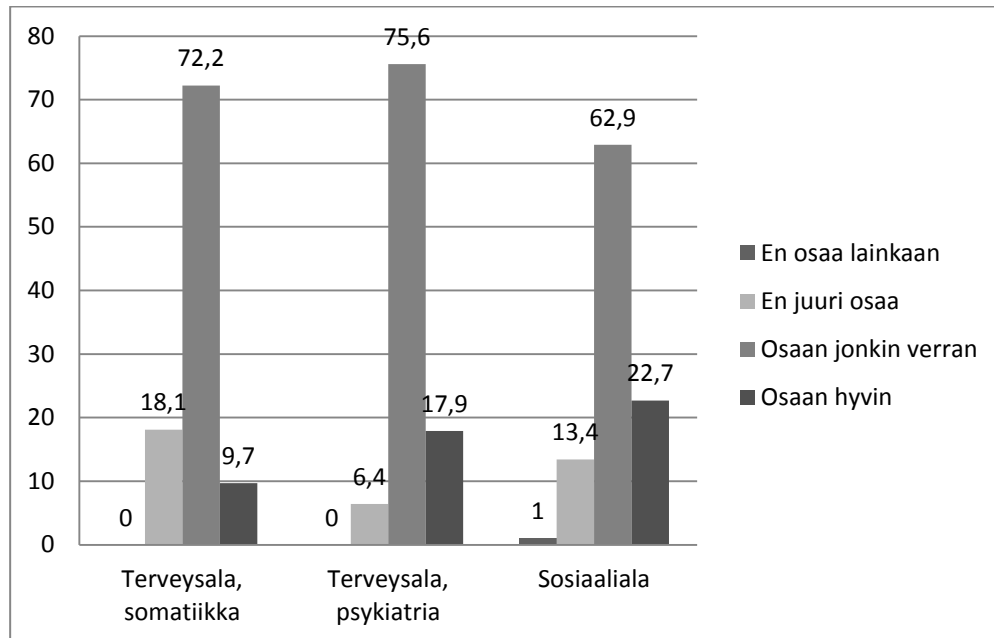
Aktiivisen väliintulon oppimista mittasin kyselylomakkeen kohtien 3 ja 5 väittämien pohjalta, joissa kysyttiin väkivaltatilanteiden hallintataidoista ja työryhmän toiminnan organisoinnin osaamisesta väkivaltatilanteessa. Miehet kokivat hallitsevansa väkivaltatilanteita paremmin kuin naiset. Eri alojen työntekijöistä terveydenhuollossa somatiikan alalla työskentelevät kokivat hallitsevansa väkivaltatilanteet heikoiten, mutta merkittäviä eroja vastauksissa ei ollut. (Taulukko 2.) Vertailin SPSS-ohjelmalla laskien eri alojen ja sukupuolten välisten erojen merkitsevyyksiä. Muutin vastausvaihtoehdot *koen hallitsevani* ja *koen hallitsevani jonkin verran* yhdeksi vastaukseksi ja *en koe hallitsevani* ja *en hallitse lainkaan* toiseksi vastaukseksi. Tilastollinen merkitsevyys eri sukupuolten välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0,042^*$). Ero eri työsektoreiden välillä oli tilastollisesti suuntaa antava ($p=0,051$).

TAULUKKO 2. Väkivaltatilanteiden hallitseminen työssä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Koen hallitsevani väkivaltatilanteet työssäni				
Naiset	12 %	82 %	6 %	—
Miehet	30,3 %	69,7 %	—	—
Terveydenhuolto, somatiikka	8,3 %	81,9 %	9,7 %	—
Terveydenhuolto, psykiatria	17,7 %	81 %	1,3 %	—
Sosiaalitoimi	17 %	78,5 %	4,5 %	—

Viidennes vastaajista koki osaavansa työryhmän organisointia väkivaltatilanteessa hyvin ja vajaat kaksi kolmasosaa koki osaavansa sitä kohtalaisesti. Reilu kymmenesosa koki, ettei juuri osannut organisoida työryhmän toimintaa väkivaltatilanteessa. Naisten ja miesten vastauksissa ei juuri ollut eroja. Eri aloja vertailtaessa heikoimmat

työryhmän organisointitaidot oli mielestään terveydenhuollon somaattisen sektorin henkilöstöllä. Vajaa viidesosa heistä koki, että osasi väkivaltatilanteissa organisoida työryhmää huonosti. Sosiaaalialalla organisointitaitonsa puutteelliseksi koki reilu seitsemäsosa vastaajista. (Kuvio 2.)

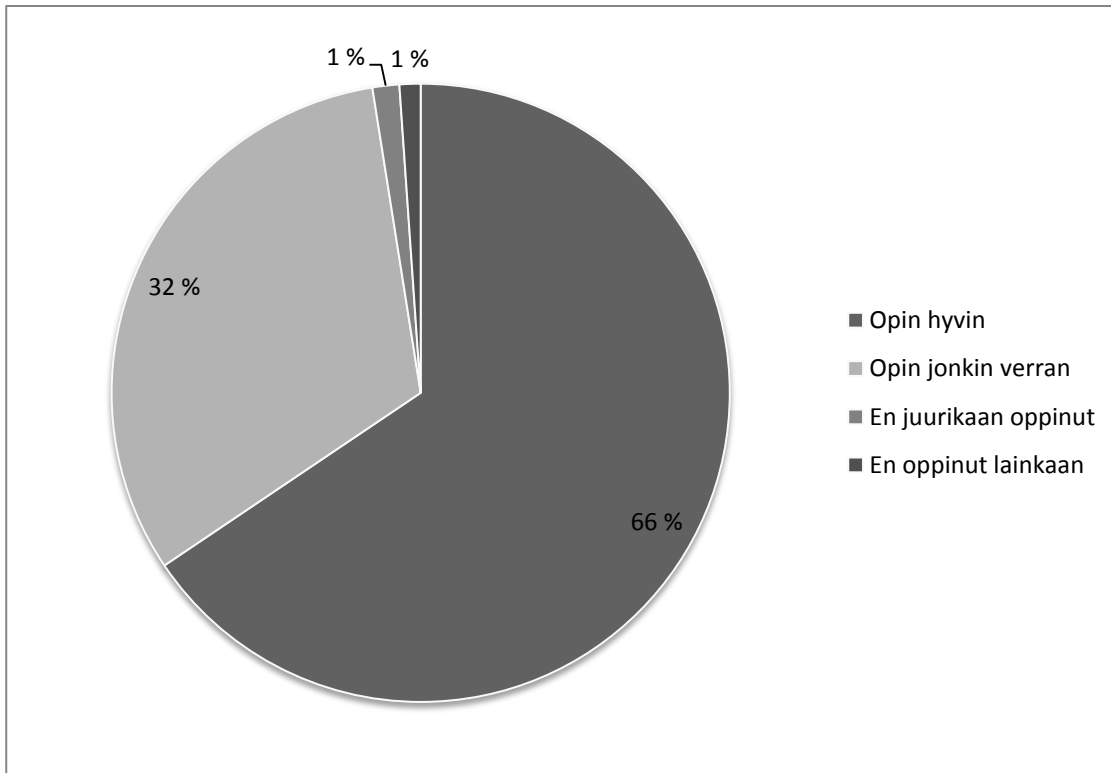


KUVIO 2. Työryhmän organisoinnin osaaminen väkivaltatilanteessa (n=343).

Yhdistin vastaukset *osaan hyvin* ja *osaan jonkin verran* sekä *en juuri osaa* ja *en osaa lainkaan* kahdeksi erilliseksi vastaukseksi ja laskin SPSS-ohjelmalla tulosten välisen riippuvuuden. Tässä tapauksessa ero eri alojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,09$), mutta suuntaa antava.

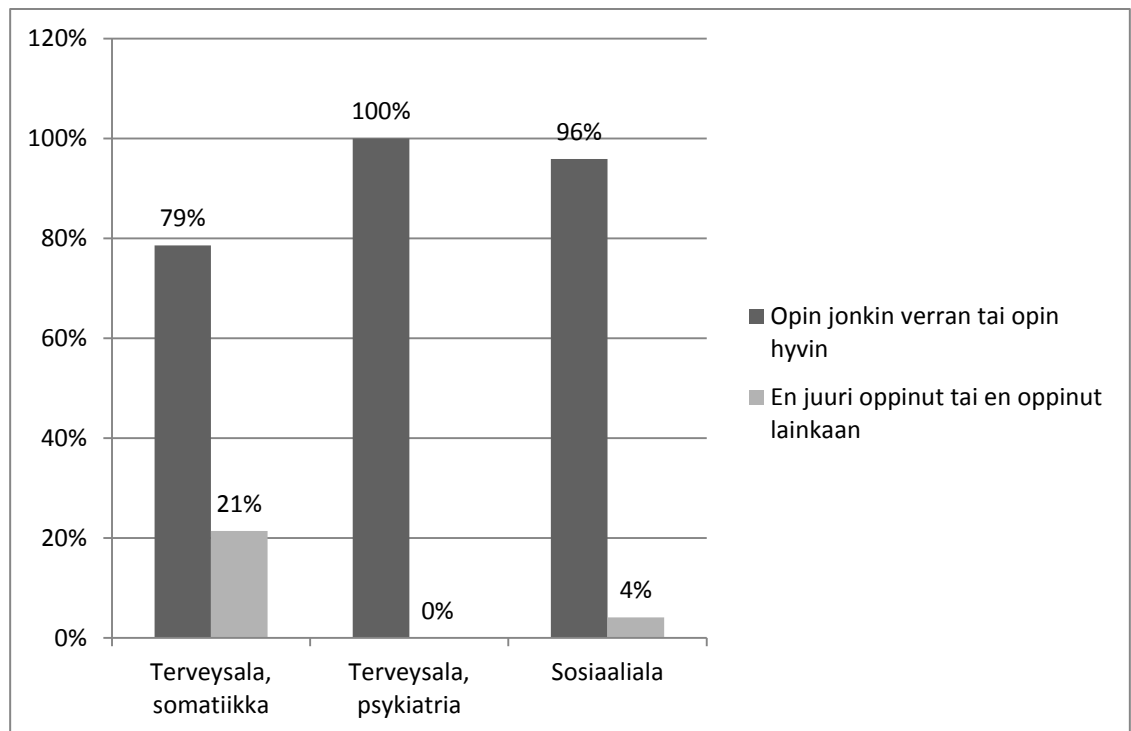
6.4 Fyysisen rajoittamisen menetelmien oppiminen

Fyysisen rajoittamisen menetelmien oppimista kysyttiin kyselylomakkeessa kolmessa väittämässä. Yhdessä kysyttiin fyysisen rajoittamisen keinojen oppimista yleisesti, kaksi muuta väittämää koskivat irtaantumisotteitten ja iskuilta ja potkuilta suojautumisen oppimista. Lähes kaikki koulutukseen osallistuneet olivat mielestään oppineet uusia fyysisen rajoittamisen menetelmiä. (Kuvio 3).



KUVIO 3. Uusien fyysisen rajoittamisen keinojen oppiminen (n=351).

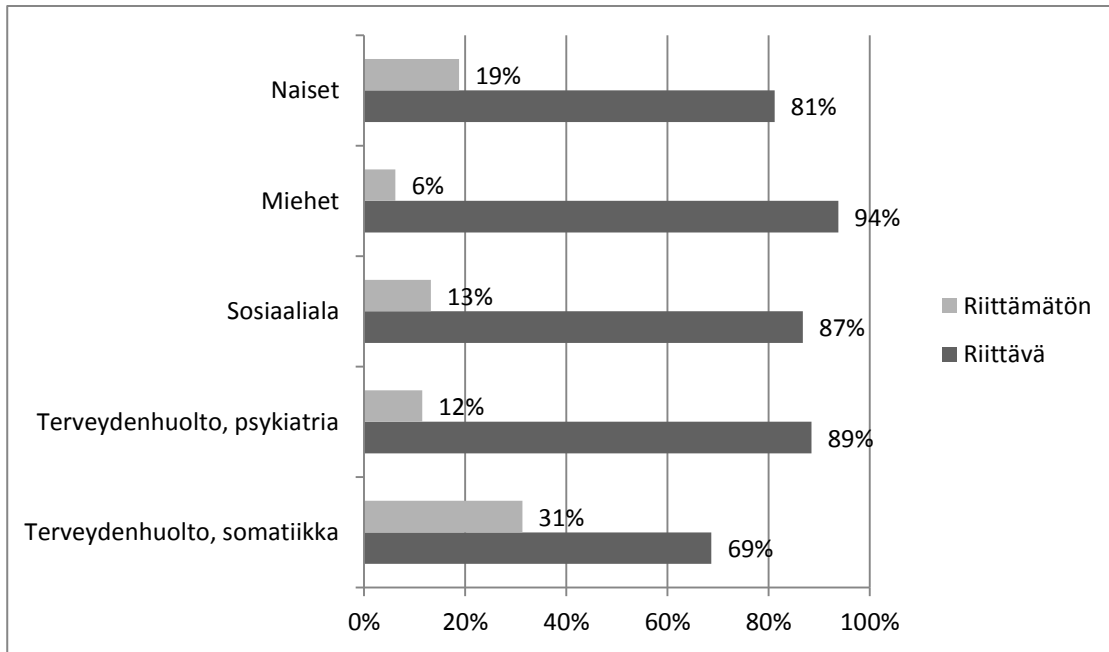
Kaikki vastaajat kokivat oppineensa irtaantumisotteita. Vastaajista yli 90 % koki oppineensa suojautumaan iskuilta ja potkuilta, mutta terveydenhuollon somatiikan alalta noin viidesosa koki, ettei juurikaan tai ettei lainkaan ollut oppinut suojautumaan iskuilta ja potkuilta. Yhdistin väittämän vastausvaihtoehdot *opin jonkin verran* ja *opin hyvin* yhdeksi vastaukseksi ja vastausvaihtoehdot *en juuri oppinut* ja *en oppinut lainkaan* toiseksi vastaukseksi. SPSS-tilastointiohjelman avulla katsoin eri alojen tulosten korrelaatioita ja laskin erojen merkitsevyyden. Ero sektorien välillä iskuilta ja potkuilta suojautumisen oppimisessa oli tilastollisessa vertailussa erittäin merkitsevä ($p=0,000^{***}$). (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Iskuilta ja potkuilta suojautumisen oppiminen (n=346).

6.5 Koulutuksen hyödyllisyys ja sovellettavuus

Valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä koulutuksen toteutukseen. Kaikki vastaajat (100 %) pitivät koulutusta tarpeellisena ja paria yksittäistä vastausta lukuun ottamatta kaikkien mielestä opittuja asioita voi soveltaa omassa työssä. Lähes kaikki vastaajat (98,9 %) kokivat koulutuksen lisänneen turvallisuuden tunnetta. Koulutus oli vastaajien mielestä myös toteutettu hyvin. Lähes kaikki (95,4 %) vastaajat olivat tyytyväisiä koulutuksen teoriasisältöön, ja kaikki (100 %) vastaajat olivat tyytyväisiä kouluttajien taitoihin. Tyytymättömyyttä oli koulutuksen käytännön harjoittelun määrään. Kolme neljäsosaa (83,6 %) vastaajista piti käytännön harjoittelun määrää sopivana, mutta terveydenhuollon somaattisen sektorin henkilöstöstä jopa kolmannes piti sitä riittämättömänä. Laskin SPSS-ohjelmalla tilastollisen merkitsevyyden eri sektorien välille ja ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,001^{***}$). Ero naisten ja miesten vastausten välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0,013^*$). (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Eri sukupuolten ja työsektorien mielipiteet AVEKKI1-koulutukseen sisältyvän käytännön harjoittelun määrän riittävydestä

Kaikkien (100 %) vastanneiden mielestä kouluttajat osasivat asiansa. Koulutusmateriaalia pidettiin hyvänä. Vastanneista 97 % oli sitä mieltä, että koulutuksessa huomioitiin kohderyhmä. Toisaalta huomionarvoista on, että koko tutkimusjoukosta kyseiseen kysymykseen jätti vastaamatta noin 25 %. Vastaamatta jättäneitä oli yhtä paljon kullakin sektorilla.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

7.1.1 AVEKKI1-koulutuksesta opitut taidot

Tutkimukseni tulosten mukaan AVEKKI1-koulutuksesta oli opittu taitoja väkivallan ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn. Koulutukseen osallistuneet kokivat saaneensa lisävalmiuksia kiihtyneesti ja väkivaltaisesti käyttäytyvien potilaitten kohtaamiseen ja olivat kehittyneet väkivaltatilanteiden ennakoinnissa. Myös Pitkäsen (2003, 43, 45) mukaan väkivallan ennaltaehkäisyyn vaikuttavat henkilökunnan kyky ennakoida mahdolliset väkivaltatilanteet ja riittävän koulutuksen järjestäminen (Pitkänen 2003, 43, 45). Pitkänen (2003, 43) toteaa hoitajien käyttäytymisellä olevan vaikutusta potilaan käyttäytymiseen. Tutkimukseen osallistuneet olivat oppineet ymmärtämään lisää oman vireystilan ja käyttäytymisen merkityksestä ja vaikutuksesta väkivaltaisen potilaan käyttäytymiseen. He olivat myös oppineet yhteisöllisyyden merkityksen väkivaltaisen potilaan hoitamisessa.

Tutkimuksen tulosten mukaan AVEKKI1-koulutuksesta oli opittu aktiivista väliintuloa hyvin. Tutkimukseen osallistuneet kokivat hallitsevansa väkivaltatilanteet työssään. Miesten ja naisten välillä oli jonkin verran eroa; miehet kokivat hallitsevansa väkivaltatilanteita paremmin. Eri työsektoreista terveydenhuollon somatiikan alan työntekijät kokivat hallitsevansa väkivaltatilanteita heikoiten. Tutkimukseen osallistuneet kokivat osaavansa työryhmän organisointia väkivaltatilanteessa hyvin tai kohtalaisesti. Heikoiten työryhmän organisointia kokivat osaavansa terveydenhuollon somatiikan alan työntekijät, mutta erot eri sektorien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä vaan suuntaa antavia ($p=0,09$).

Tutkimukseni tulosten mukaan AVEKKI1-koulutukseen osallistuneet olivat oppineet uusia fyysisen rajoittamisen menetelmiä hyvin tai kohtalaisesti. Kaikki vastaajat kokivat oppineensa irtaantumisotteita. Vastaajista 90 % koki oppineensa suojautumaan iskuilta ja potkuilta, mutta terveydenhuollon somatiikan alan työntekijöistä 21 % koki, ettei ollut oppinut potkuilta ja iskuilta suojautumista.

7.1.2 Arvioita AVEKKI1-koulutuksesta

Vastaajat olivat pääosin erittäin tyytyväisiä AVEKKI1-koulutukseen. Kaikkien vastaajien mielestä koulutus oli tarpeellinen. Tämä kuvastanee väkivallan ja väkivallan uhan yleisyyttä työelämässä ja terveydenhuollossa. Myös suomalaisen väkivaltatutkimuksen mukaan etenkin terveyden- ja sairaanhoidon ammattiteissa toimiviin naisiin kohdistuva väkivalta ja väkivallan uhka on ollut kasvussa (Sirén 2007, 13). Tutkimukseni tulos on yhteneväinen Rasimuksen (2002, 157) tutkimustulosten kanssa, jossa nousi esille väkivallan hallintaan ja ehkäisyyn liittyvän koulutuksen tarpeellisuus. Terveydenhuollon henkilöstön koulutuksessa pitäisi pysyvästi olla väkivallan hallintaan liittyvää opetusta (Rasimus 2002, 154).

Koulutuksessa opitut asiat olivat työhön soveltuvia. Teoriaa koulutuksessa oli sopivasti, mutta etenkin terveydenhuollon somatiikan alalla vastaajat olisivat toivoneet koulutuksessa olevan enemmän käytännön harjoittelua. Myös Rasimuksen (2002, 133) tutkimustulosten mukaan hoitoalan henkilöstö piti itsepuolustuskoulutusta tärkeänä. Väkivaltaisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamiseen ja potilaan rauhoittamiseen toivotaan tietoa (Rasimus 2002, 157).

Kuten Lehestö ym. (2004, 123) ovat todenneet, useat eri tutkimukset ovat osoittaneet väkivallan hallintaan liittyvän koulutuksen lisäävän työntekijöiden turvallisuuden tunnetta. Myös tähän tutkimukseen osallistuneet kokivat, että koulutus oli lisännyt turvallisuuden tunnetta.

Paria vastaajaa lukuun ottamatta kaikki olivat sitä mieltä, että koulutus oli toteutettu hyvin. Lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä koulutuksen teoriasisältöön ja kaikki vastaajat (100 %) olivat tyytyväisiä kouluttajien taitoihin. Tyytymättömyimpiä oltiin koulutukseen sisältyvän käytännön harjoittelun määrään. Vaikka suurimman osan (83,6 %) mielestä käytännön harjoittelua oli sopivasti, terveydenhuollon somaattisen sektorin työntekijöistä jopa kolmasosa piti käytännön harjoittelun määrää riittämättömänä.

Tutkimuksen tulosten mukaan vastanneista suurin osa (97 %) oli sitä mieltä, että koulutuksessa oli huomioitu kohderyhmä. Kysymykseen oli kuitenkin jättänyt vastaamatta noin 25 % tutkimukseen osallistuneista. Väite oli esitetty muodossa ”Koulutuksessa huomioitiin kohderyhmä”. Tutkimuskysymys voinut olla epäselvä, eivätkä vastaajat ole ymmärtäneet, haetaanko ”kohderyhmällä” koulutettavien kohderyhmää vai niitä henkilöitä, joiden kanssa koulutettavat työskentelevät. Toisaalta kyselylomakkeen

asettelu on voinut vaikuttaa niin, että kyselyn täyttäneet eivät ole huomanneet kyseistä kohtaa, joka oli dikotomisista väittämistä viimeisenä ja eri sivulla kuin muut väittämät.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksen validius tarkoittaa mittarin ja tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Jotta tutkimustulokset olisivat valideja, tulee kyselytutkimuksessa asetettujen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen olla selkeitä ja yksiselitteisiä vailla tulkinnanvaraa. (Hirsijärvi ym. 2004, 216.) Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusjoukossa päädytään samoihin mittaustuloksiin eri tutkimuskerroilla tai tulosten arvioijan muuttuessa. Tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia vaan tutkimuksen pitää olla toistettavissa samanlaisin tuloksin. Tarkkuutta ja kriittisyyttä tarvitaan tietoa kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tuloksia tulkittaessa. Jos otoskoko on pieni, tulee tuloksista sattumanvaraisia. Luotettavien tulosten saamiseksi on tutkittavan kohderyhmän edustettava koko perusjoukkoa. (Heikkilä 2010, 30–31.) Hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä on, että lomake ei ole liian pitkä (Heikkilä 2010, 49). Tutkimukseni kohderyhmä edustaa sosiaalialan ja hoitoalalla somaattisen ja psykiatrisen alan sektoreilla toimivaa henkilökuntaa. Kaikki kyselylomakkeen täyttäneet olivat osallistuneet AVEKKI1-koulutukseen, joten he edustavat samaa perusjoukkoa. Tutkimuslomakkeen täyttäneiden lukumäärä on suuri, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten luotettavuutta lisää myös se, että kyselylomake ei ole kovin pitkä ja siinä on selkeät valmiit vastausvaihtoehdot. Olin tarkka ja huolellinen tuloksia syöttäessäni minimoidakseni virheitten riskit ja numeroin kunkin vastauslomakkeen, jotta kyselylomakkeiden vastausten ja syötettyjen tietojen yhteneväisyyden voisi todentaa. Olen pyrkinyt kuvaamaan tarkasti tutkimukseni kulun eri vaiheet ja tulosten analysoinnin sekä mitä olen milloinkin tehnyt. Luotettavuutta lisää myös se, että olen opinnäytetyötä laatiessani perehtynyt tutkimuskirjallisuuteen ja tarvittaessa saanut opettajalta ohjausta..

Oikeus yksityiselämän suojaan on Suomessa perusoikeus ja tieteen etiikassa ihmisarvon kunnioittaminen ja tutkittavien anonymiteetin suojeleminen ovat hyvin keskeisessä asemassa. Heikkilän (2010, 32) mukaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa on lähtökohtana tutkittavien henkilöiden tietosuoja ja se periaate, etteivät tiedot tutkittavista ilmene raportissa tunnistettavassa muodossa. Kyselylomakkeeseen vastattiin anonymisti enkä ole tavannut kyselyyn vastanneita, millä on varmistettu kyselyyn osallistuneiden tietosuoja. Yksittäinen henkilö ole tunnistettavissa tutkimukseni tuloksista. Tutkimuksen eettisyyttä olisi lisännyt kyselylomakkeeseen sisällytetty kohta, jossa kysytään vastaajan suostumusta käyttää vastauksia tutkimuksessa. Yhdessä kyselylomakkeen versiossa tämä oli huomioitu, mutta kyseinen versio ei ollut mukana

tutkimuksessa. AVEKKI-osaamiskeskuksen edustajalta on saatu lupa aineiston käyttämiseen tutkimuksessa, mikä lisää tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimusaineisto on ollut koko ajan hallussani kotonani, eikä siihen ole päässyt kukaan ulkopuolinen käsiksi. Tutkimukseni valmistuttua aineisto on hävitetty asianmukaisesti.

Tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Tutkimusaiheen valinnassa on tärkeää, ottaa huomioon yhteiskunnallinen merkittävyys (Heikkilä 2010, 26). Väkivallan ilmeneminen ja väkivallan uhka ovat merkittäviä ja kasvavia ongelmia työelämässä, erityisesti terveydenhuollossa ja sosiaalialalla. Väkivallan hallintaan ja ennaltaehkäisyyn liittyvä koulutus ja sen kehittäminen ovat ajankohtaisia ja tärkeitä aiheita, joiden merkittävyyttä ei voida vähätellä. Valitsin tutkimusaiheeni työelämän tarpeiden ja erityisesti terveydenhuollon työelämän tarpeiden perusteella.

Keskeinen tutkimuseettinen kysymys on epärehellisyyden välttäminen tutkimustyössä. Tähän sisältyy useita tärkeitä periaatteita, joita ovat muun muassa plagioinnin välttäminen, esitettyjen tulosten oikeellisuus ja kriittinen sekä totuudenmukainen tulosten esittäminen (Hirsijärvi ym. 2004, 27–28). Opinnäytetyötä laatiessani olen ollut kriittinen lähdeaineistoa valitessani ja tarkka lähteiden käyttämisessä ja merkinnässä. Olen pyrkinyt esittämään tutkimustulokset tarkasti ja niin kuin ne ovat tutkimuksessa ilmenneet.

7.3 Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kehittyminen

Heikkilän (2010, 24) mukaan opinnäytetyö on oppimisprosessi, joka harjaannuttaa tieteelliseen ajatteluun ja tieteellisen tiedon hyväksikäyttöön ja sen tavoitteena on kehittää ja osoittaa opiskelijan valmiuksia käytännön tietojen ja taitojen soveltamiseen ammattiopintoihin liittyvissä asiantuntijatehtävissä. Tähän opinnäytetyöhön sain aiheen syksyllä 2010. Olen aikaisemmin ollut kahdessa eri kokoonpanossa laatimassa opinnäytetyötä, mutta yksityiselämän vaatimusten vuoksi resurssini olivat puutteelliset ja jouduin jättäytymään pois kyseisistä opinnäytetyöprojekteista. Tästä johtuen opinnäytetyön laatiminen on näyttäytynyt minulle hankalana ja vaikeana asiana toteuttaa. Opinnäytetyöni aihekuvaus valmistui keväällä 2012, ja teoriaosaa työstin syksyn 2012. Tutkimussuunnitelma valmistui vuoden 2012 loppupuolella ja tutkimusluvan sain vuoden 2013 alussa. Tutkimusluvan saatuaani sain AVEKKI-osaamiskeskukselta valmiin aineiston analysoitavaksi. Syötin, koodasin ja analysoin tiedot tammi–helmikuussa 2013. Opinnäytetyö valmistui huhtikuussa 2013.

Teoreettisen viitekehyksen rakentaminen sujui alkuhankaluuksien jälkeen kohtalaisen hyvin. Opettajan asiantuntevalla ja kärsivällisellä ohjauksella oli suuri merkitys teoriaosuuden laatimiseen liittyvien haasteiden ylittämisessä. Ensin mietittiin käsitteet, joiden pohjalta lähdettiin syventämään teoreettista viitekehystä. Aineiston ollessa valmiina ei tutkimuslomaketta tarvinnut laatia erikseen. Se toisaalta helpotti työtäni, mutta koska en laatinut kyselylomaketta omien tutkimusongelmien pohjalta, oli tutkimuskysymykset mietittävä erityisen tarkkaan, jotta aineisto vastaisi haettuihin kysymyksiin. Kysely oli tehty paperimuodossa, joten tulokset piti erikseen syöttää manuaalisesti. Tulosten syöttäminen, koodaus ja analysointi sujuivat vaivattomasti opettajalta saadun ohjauksen ansiosta.

Opinnäytetyön laatiminen kehitti taitojani hakea ja ymmärtää tutkittua tietoa sekä suhtautua kriittisesti haettuun tietoon. Kehityin aineistopohjaisessa kirjoittamisessa ja harjaannuin tekemään synteisiä eri lähteitten välillä. Opin tieteellistä ajattelua ja pitkäjännitteisyyttä. Opin analysoimaan tutkimustuloksia ja tulkitsemaan vastauksia sekä vertailemaan riippuvuuksia. Opinnäytetyön laatiminen on ollut minulle haastava prosessi jonka aikana olen oppinut organisoimaan omaa työskentelyä, saanut paremmat valmiudet itsenäiseen työskentelyyn ja kehittynyt tieteellisen tutkimuksen tekemisessä. AVEKKI1-koulutuksessa oppimani asiat ja tietoni AVEKKI-toimintatapamallista ovat muistuneet mieleen tutkimusta laatiessani. Olen mielestäni saavuttanut opinnäytetyölle asettamani tavoitteet hyvin.

Jatkotutkimusaiheina voisi olla kuinka väkivallan hallintakoulutus on vaikuttanut terveydenhoitoalalla esiintyvän väkivallan määrään ja laatuun ja AVEKKI1-koulutuksen kehittäminen vastaamaan eri alojen tarpeita.

LÄHTEET

Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. 2006. AVEKKI-toimintatapamalli. Tietoa kouluttajalle. Savonia-ammattikorkeakoulu. Terveysala Kuopio.

Hakkarainen, K., Heikkinen, A., Hietanen, A., Jokiniemi, K., Lommi, R. & Taattola, S. 2007. AVEKKI-toimintatapamalli. Oppilaan käsikirja. Savonia-ammattikorkeakoulu. Terveysala Kuopio [viitattu 09.11.2012].
http://portal.savonia.fi/pdf/julkaisutoiminta/AVEKKI-toimintatapamalli_Oppilaan_kasikirja.pdf

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kivivuori, J., Lehti, M. & Sirén, R. 2006. Muut väkivaltarikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2005. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 220 [viitattu 20.11.2012].
<http://www.optula.om.fi/uploads/j1ox2z8fgyz7.pdf>

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (toim.). 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. World Report on Violence and Health. Julkaisija World Health Organization 2002. Suom. Salomaa, E. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy [viitattu 26.11.2012 ja 22.4.2013].
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf

Kunta-alan työolobarometri 2011: Työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometrin 2011 kuntatyöpaikkojen osatarkastelu. Työturvallisuuskeskus [viitattu 25.11.2012].
http://www.tyoturva.fi/files/2500/Kunta-alan_tyoolobarometri_2011.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 08.11.2012]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

Markkanen, K. 2000. Nimittely, uhkailu, potkiminen – hoitajan työarkea. Selvitys hoitohenkilökunnan työpaikallaan kokemasta väkivallasta ja sen uhasta. Tehyn julkaisusarja.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 08.11.2012]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Pennanen, Helena 2012. Lehtori, AVEKKI-kouluttaja. Kuopio 16.11.2012. Henkilökohtainen suullinen tiedonanto.

Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Hyvinvointikatsaus 3/2009. Tilastokeskus [viitattu 08.11.2012]. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html

Pitkänen, A. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pitkänen, M., Haatainen, K., Pietarinen-Lyytinen, R. & Hoffren, H. 2009. Fyysisen väkivallan ja epäasiallisen kohtelun esiintyminen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003 ja 2008. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. Kuopion yliopistollinen sairaala.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 26.4.2013]. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Rikksentorjuntaneuvosto. 2012. Väkivallan muotoja: Työpaikkaväkivalta [viitattu 25.11.2012]. <http://www.vakivalta.rikksentorjunta.fi/49051.htm>

Sirén, R. 2007. Suomalaisten kokema väkivalta 1980–2006. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 1235–9254; 74. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Savonia-ammattikorkeakoulu. 2012. AVEKKI – Koulutus- ja toimintatapamalli väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja hallintaan. Savonia-ammattikorkeakoulun verkkosivut [viitattu 8.11.2012].

<http://webd.savonia->

[ammk.fi/projektit/markkinointi/avekki/default.aspx?link=TOIMINTATAPAMALLI](http://webd.savonia-ammk.fi/projektit/markkinointi/avekki/default.aspx?link=TOIMINTATAPAMALLI)

<http://webd.savonia-ammk.fi/tertt/avekki/avekki.htm>

<http://webd.savonia-ammk.fi/projektit/markkinointi/avekki/default.aspx?link=HANKE>

Suomen perustuslaki 1999/731. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 12.11.2012].

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Söderholm, A-L. 2006. Hoitotilanteen erityispiirteet, kun vamman syynä on lähisuhdeväkivalta. Suomen Lääkärilehti 61(35), 3444–3447.

Söderholm, A-L., Piispa, M. & Heiskanen, M. 1999. Sairaanhoidajien työssä kokema väkivalta ja häirintä. Suomen Lääkärilehti 54(34), 4257–4261.

Taattola, S. 2007. Väkivallan ennaltaehkäisy ja hallinta – sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön arvioita AVEKKI kouluttajakoulutuksesta. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Taattola, S 2012. AVEKKI – koulutettujen määrä, koulutusten laajuus? [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Mirja Sürmeli. Lähetetty 26.11.2012 [viitattu 27.11.2012].

Taattola, S. 2012. AVEKKI – koulutettujen määrä, koulutusten laajuus? [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Mirja Sürmeli. Lähetetty 30.11.2012 [viitattu 30.11.2012].

Taattola, S. 2013. Pari kysymystä – toivon pikaista vastausta! [Sähköpostiviesti.] Vastaanottaja Mirja Sürmeli. Lähetetty 26.4.2013 [Viitattu 26.4.2013].

Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos. 2012. Mitä on potilasturvallisuus? [Viitattu 20.11.2012]. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

Tiihonen, K. 2005. Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Turpeinen, S., Kontio, R., Välimäki, M., Nikkonen, M. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoidajat tarvitsevat koulutusta ja tukea väkivaltatilanteisiin. *Sairaanhoitaja-lehti* 81 (8), 17–19.

Työterveyshuoltolaki. 2001/1383. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 08.11.2012].
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työturvallisuuslaki 2002/738. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 08.11.2012].
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Weizmann-Henelius, G. 1997. Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Liite 1 Kyselylomake 1

EUROOPAN YHTEISÖ
Rakennerahastot**Kyselylomake AVEKKI I –koulutukseen osallistujille****Taustatiedot**

1. Sukupuoli
- 1 Nainen
 - 2 Mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Työpaikka
- 1 Oikeuspsykiatria
 - 2 Terveystieteiden yksikkö, somatiikka
 - 3 Terveystieteiden yksikkö, psykiatria
 - 4 Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
 - 5 Opetus
 - 6 Turvallisuus

4. Ammatti _____

5. Oletko osallistunut aiemmin väkivallan hallinta -koulutukseen?

- 1 En
- 2 Kyllä, mihin _____

6. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi? _____ vuotta

AVEKKI – KOULUTUS- JA TOIMINTATAPAMALLI

AVEKKIwww.savonia-amk.fi



EUROOPAN YHTEISÖ
Rakennerahastot

Arvioi seuraavien vaittamien avulla AVEKKI – koulutuksen vaikutuksia ja soveltuvuutta. Ympyröi sopivin vaihtoehto.

	Hyvin	Jonkin verran	Huonosti	Ei lainkaan
1. Olen saanut lisävalmiuksia kohdata kiihtyneesti/väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita	1	2	3	4
2. Koulutus lisäsi turvallisuuden tunnetta	1	2	3	4
3. Koen hallitsevani väkivaltilanteet työssäni	1	2	3	4
4. Opin uusia fyysisen rajoittamisen keinoja	1	2	3	4
5. Osaan organisoida väkivaltilanteessa työryhmän toimintaa	1	2	3	4
6. Opin ymmärtämään lisää oman vireystilan ja käyttäytymisen merkityksestä / vaikutuksesta väkivaltaisen potilaan käyttäytymiseen	1	2	3	4
7. Olen kehittynyt väkivaltilanteiden ennakkoinnissa	1	2	3	4
8. Ymmärrän yhteisöllisyyden merkityksen väkivaltaisen potilaan hoitamisessa	1	2	3	4
9. Opin irtautumisotteita	1	2	3	4
10. Opin suojautumaan iskuilta ja potkuilta	1	2	3	4
11. Mainitse ainakin yksi kehittämis ehdotus koulutuksen sisältöön, menetelmiin ja/tai materiaaliin?				



EUROOPAN YHTEISÖ
Rakennerahastot

	KYLLÄ	EI
12. Koulutus oli tarpeellinen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Opittuja asioita voi soveltaa työssäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Koulutuksessa oli sopivasti teoriaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Koulutuksessa oli sopivasti käytäntöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Koulutus oli toteutettu hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kouluttajat osasivat asiansa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Koulutusmateriaali oli hyvä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Koulutuksessa huomioitiin kohderyhmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos vastasit kohdissa 12 – 19 ei, perustele vastauksesi:

20. Palautetta kouluttajille opettamisesta?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

AVEKKI – KOULUTUS- JA TOIMINTATAPAMALLI

AVEKKI

www.savonia-amk.fi



SAVONIA



EUROOPAN YHTEISÖ
Rakennerahastot

Kyselylomake AVEKKI I –koulutukseen osallistujille. Lomake täytetään koulutuksen lopussa ja täyttämiseen varataan aikaa vähintään 10 minuuttia.

Taustatiedot

1. Sukupuoli 1 Nainen
2 Mies
2. Ikä vuotta
3. Työpaikka
4. Ammatti
5. Oletko osallistunut aiemmin väkivaltakoulutukseen?
- 1 En
2 Kyllä, mihin
6. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi? vuotta

Arvioi seuraavien väittämien avulla AVEKKI – koulutuksen vaikutuksia ja soveltuvuutta. Ympyröi sopivin vaihtoehto.

	Hyvin	Jonkin verran	Huonosti	Ei lainkaan
1. Olen saanut lisävalmiuksia kohdata kiihtyneesti/väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita	1	2	3	4
2. Koulutus lisäsi turvallisuuden tunnetta	1	2	3	4
3. Koen hallitsevani väkivaltatilanteet työssäni	1	2	3	4
4. Opin uusia fyysisen rajoittamisen keinoja	1	2	3	4
5. Osaan organisoida väkivaltatilanteessa työryhmän toimintaa	1	2	3	4

AVEKKI – KOULUTUS- JA TOIMINTATAPAMALLI

ΔΕΙΚΤΗΣ

www.savonia.fi


SAVONIA

 EUROOPAN YHTEISÖ
Rakennerahastot

	1	2	3	4
6. Opin ymmärtämään lisää oman vireystilan ja käyttäytymisen merkityksestä / vaikutuksesta väkivaltaisen potilaan käyttäytymiseen	1	2	3	4
7. Olen kehittynyt väkivaltatilanteiden ennakoinnissa	1	2	3	4
8. Ymmärrän yhteisöllisyyden merkityksen väkivaltaisen potilaan hoitamisessa	1	2	3	4
9. Opin irtaantumisotteita	1	2	3	4
10. Opin suojautumaan iskuilta ja potkuilta	1	2	3	4
11. Mainitse ainakin yksi kehittämis ehdotus koulutuksen sisältöön, menetelmiin ja/tai materiaaliin?				

	KYLLÄ	EI
12. Koulutus oli tarpeellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Opittuja asioita voi soveltaa työssäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Koulutuksessa oli sopivasti teoriaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Koulutuksessa oli sopivasti käytäntöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Koulutus oli toteutettu hyvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kouluttajat osasivat asiansa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Koulutusmateriaali oli hyvä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Koulutuksessa huomioitiin kohderyhmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVEKKI – KOULUTUS- JA TOIMINTATAPAMALLI

AVEKKI
www.savonia.fi


SAVONIA

 EUROOPAN YHTEISÖ
 Rakennerahastot

Jos vastasit kohdissa 12 – 19 ei, perustele vastauksesi:

20. Kouluttajien arviointia. Auta kouluttajaa kouluttajana kasvamisessa!
20 A) Miten kouluttaja(T) hallitsivat opetettavat asiat?
20 B) Opetustaidot. Miten kouluttaja(T) hallitsivat opetusmenetelmät?

20 C) Vuorovaikutus, oppimisilmasto, palautteen antaminen opiskelijoille?

AVEKKI – KOULUTUS- JA TOIMINTATAPAMALLI

AVEKKI
www.savonia.fi